

**Univerzita Karlova  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie**



**Diplomová práce**

Vypracoval: Jiří Žitník

# **Všímavost a klinické přístupy založené na jejím rozvíjení**

**Mindfulness and Mindfulness-based  
Treatment Approaches**

Školitel práce: doc. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.

Praha 2010

Rád bych na tomto místě poděkoval vedoucímu práce doc. PhDr. Vladimíru Kebzovi za laskavé konzultace a rady.

Především bych rád poděkoval mé ženě Monice za velkou oporu, jíž jsem v ní po celou dobu měl, a za trpělivost, kterou se mnou měla, když jsem se místo jí věnoval této práci.

Děkuji také všem, kteří mi s touto prací pomáhali: Petru Zavoralovi a Michaela Holmerové za korektury, PhDr. Janu Bendovi za rady, konzultace, knihy a inspiraci, RNDr. Petru Boschkovi, CSc. za rady ohledně statistického zpracování dat, PhDr. Kataríně Komadové, PhD. za pomoc s dotazníky klinické populace, MUDr. Jiřině Kosové za možnost aplikovat v praxi program rozvíjející všímatost ve stacionáři PCP Praha, doc. PhDr. Marku Preissovi za konzultace a rady a také všem respondentům, kteří se podíleli na mém výzkumu.

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně, že jsem řádně citoval všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

V Praze 14.12.2010

Jiří Žitník  
zitajirka@seznam.cz

## **Abstrakt:**

V teoretické části se podrobně věnujeme konceptu všímavosti, jeho historickému pozadí, rozdílným teoretickým přístupům a definicím všímavosti. Na tomto základě přinášíme vlastní definici všímavosti. Uvádíme přehled vlastností všímavosti, její aplikaci v klinickém prostředí, přístupy založené na jejím rozvíjení, účinné terapeutické faktory a také její využití u konkrétních duševních poruch. Věnujeme se také neurálním korelátům všímavosti, jejím vývojově psychologickým aspektům a přehledu měřicích metod.

V empirické části jsme standardizovali dotazník Pěti aspektů všímavosti na české populaci a ověřovali jeho faktorovou strukturu. Test vykazoval dobrou reliabilitu i vnitřní konzistenci a faktorová analýza potvrdila pětifaktorovou strukturu. Dále jsme sledovali vztah všímavosti a vybraných demografických proměnných. Výsledky ukázali mírnou signifikantní korelaci všímavosti s věkem a vzděláním a nezávislost všímavosti na pohlaví v celkovém skóru. Ve čtyřech subškálách dotazníku se však obě pohlaví od sebe lišila. Potvrdila se také hypotéza, že všímavost souvisí s profesí respondenta. Nejvíce na škále všímavosti skórovaly pomáhající profese, především psychoterapeuti, nejméně technické profese. V další části se potvrdila hypotéza o vztahu všímavosti a životní spokojenosti. V poslední části jsme testovali rozdíl v míře všímavosti v klinickém souboru a v běžné populaci. Respondenti s duševní poruchou skórovali statisticky významně níže oproti běžné populaci.

## **Klíčová slova:**

Všímavost, psychoterapie, přístupy založené na rozvíjení všímavosti, definice všímavosti, vlastnosti všímavosti, všímavost v klinickém prostředí, dotazník Pěti aspektů všímavosti, výzkum všímavosti

## **Abstract:**

Theoretical section focuses on the concept of mindfulness, its historical background, variety of theoretical approaches and definitions of mindfulness. On this basis I provide own definition of mindfulness. Then, I present an overview of the features and characteristics of mindfulness, its applications in clinical environment, mindfulness-based approaches, effective therapeutic factors, and also its use with specific mental disorders. I also address neural correlates of mindfulness, developmental aspects of mindfulness and overview of measurement methods.

Empirical section consists of standardization of Five Facets Mindfulness Questionnaire for the Czech population and verification of its factor model. Further I monitored the relation of mindfulness to chosen demographic variables. Results showed modestly significant correlation with age and education, and independence of sex and overall mindfulness score. In four subscales of the questionnaire, however, sexes differed. The hypothesis that mindfulness is related to profession was also confirmed. Highest mindfulness scores were reached by helping professions, especially psychotherapists, lowest scores were reached by technical professions. Next, results confirmed the hypothesis about relation between mindfulness and life satisfaction (cognitive aspect of well-being). Finally, I tested for difference in mindfulness in clinical and normal population. Respondents with mental disorder scored statistically lower than normal population.

## **Keywords:**

Mindfulness, psychotherapy, mindfulness-based treatment approaches, mindfulness definitions, characteristics of mindfulness, Five Facet Mindfulness Questionnaire, mindfulness research

# Obsah

<b>I. Teoretická část</b>	<b>10</b>
1 Úvod: Stručný přehled problematiky	11
2 Terminologie	16
3 Historické kořeny všímavosti a pár slov o buddhismu	18
3.1 Buddhismus a klinická psychologie	18
3.2 Buddhismus v západní psychologii	19
4 Přehled definic a konceptualizací konceptu všímavosti	22
4.1 Filozoficko-psychologické definice	22
4.2 Sociálně-psychologické a kognitivně-psychologické definice	22
4.3 Klinicko-psychologické definice	23
4.4 Definování komponent všímavosti	25
4.5 Uvědomování si a pozornost v definici všímavosti	26
5 Zařazení všímavosti v rámci psychologické teorie a úrovně analýzy	31
6 Definice všímavosti	33
7 Vlastnosti všímavosti	34
7.1 Poznámky k vlastnostem všímavosti	34
7.2 Stručný přehled vlastností všímavosti	35
7.3 Vlastnosti vědomí a pozornosti	37
7.3.1 Nekonceptuální, neanalytické vědomí	37
7.3.2 Zvýšená kvalita vědomí a pozornosti	39
7.3.3 Sledování proudu vědomí	40
7.3.4 Dezidentifikace s psychickými obsahy	41
7.3.5 Zaměření na přítomnost	42
7.4 Postojové charakteristiky	44
7.4.1 Nehodnocení	44
7.4.2 Přijetí	44
7.4.3 Neusilování	45
7.4.4 Nepřipoutanost	45
7.4.5 Zvědavost, zájem, angažovanost	46
7.4.6 Další postojové charakteristiky všímavosti	46
7.5 Vší mavost v akci	47
8 Neurální koreláty všímavosti	49
9 Klinické využití všímavosti	52
9.1 Terapie založené na všímavosti	52
9.1.1 Program snižování stresu pomocí nácviku všímavosti	53
9.1.2 Kognitivní terapie založená na nácviku všímavosti	54
9.1.3 Dialektická behaviorální terapie	56
9.1.4 Terapie přijetí a angažovanosti	58

9.1.5	Satiterapie.....	59
9.2	Zapojení všímavosti do terapie jiných směrů.....	60
9.3	Všímavost pro terapeuty.....	61
9.4	Varování před využitím samostatné meditace v léčbě.....	62
10	Účinné terapeutické faktory.....	64
10.1	Vhled.....	64
10.2	Zvýšení uvědomování psychických procesů.....	65
10.3	Dezidentifikace, decentrace, odstup.....	66
10.4	Deautomatizace.....	67
10.5	Nekonceptuální zpracování podnětů.....	68
10.6	Nehodnocení.....	68
10.7	Expozice.....	69
10.8	Kontrola pozornosti.....	70
10.9	Zaměření na přítomnost.....	71
10.10	Zaměření na činnost.....	71
10.11	Snížení zaměření na sebe (self-concern).....	72
10.12	Zážitkové přijetí.....	72
10.13	Snížení ruminací.....	74
10.14	Nepřipoutanost.....	75
10.15	Neusilování.....	75
10.16	Regulace emocí.....	76
10.17	Označování (labeling).....	76
10.18	Nepřímé faktory.....	77
11	Indikace.....	78
11.1	Závislosti.....	78
11.2	Psychotické poruchy.....	79
11.3	Afektivní poruchy.....	80
11.4	Neurotické poruchy.....	83
11.4.1	Obsedantně-kompulzivní porucha.....	86
11.4.2	Panická porucha.....	86
11.4.3	Generalizovaná úzkostná porucha.....	87
11.4.4	Sociální fobie.....	87
11.4.5	Trauma a posttraumatická stresová porucha.....	87
11.5	Psychosomatické poruchy.....	88
11.5.1	Poruchy příjmu potravy.....	88
11.5.2	Poruchy spánku.....	89
11.5.3	Sexuální poruchy.....	89
11.6	Poruchy osobnosti.....	89
11.7	Somatická onemocnění.....	90
12	Specifické klinické populace.....	93
12.1	Děti a dospívající.....	93
12.2	Staří.....	94
12.3	Mírně mentálně retardovaní.....	95

12.4	Neklinické populace a prostředí .....	95
13	Vývojový aspekt.....	98
14	Měření všímavosti .....	100
14.1	Dotazníkové metody .....	100
14.2	Performační testy.....	102
<b>II.</b>	<b>Empirická část.....</b>	<b>104</b>
15	Úvod.....	105
16	Ověření psychometrických vlastností a standardizace Dotazníku pěti aspektů všímavosti u souboru české populace .....	106
16.1	Úvod.....	106
16.2	Výběr dotazníku všímavosti.....	106
16.3	Dotazník pěti aspektů všímavosti.....	107
16.3.1	Vývoj.....	107
16.3.2	Popis jednotlivých škál.....	108
16.3.3	Psychometrické vlastnosti a validizační studie .....	109
16.4	Výzkumná studie.....	109
16.4.1	Metody .....	109
16.4.2	Psychometrické vlastnosti dotazníku .....	110
16.4.3	Standardizace .....	113
16.4.4	Faktorová analýza české verze dotazníku FFMQ .....	116
16.5	Diskuse.....	119
17	Analýza vztahu mezi všímavostí a některými demografickými proměnnými .....	120
17.1	Úvod.....	120
17.1.1	Všímavost a demografické charakteristiky .....	120
17.2	Hypotézy .....	120
17.3	Metody .....	121
17.3.1	Soubor .....	121
17.3.2	Měření .....	121
17.4	Výsledky.....	122
17.4.1	Normalita rozložení.....	122
17.4.2	Vztah mezi všímavostí a věkem.....	122
17.4.3	Všímavost a pohlaví.....	124
17.4.4	Vztah mezi všímavostí a vzděláním.....	124
17.4.5	Vztah všímavosti a profese respondenta .....	126
17.5	Diskuse.....	130
18	Vztah mezi všímavostí a životní spokojeností .....	131
18.1	Úvod.....	131
18.1.1	Všímavost a psychická pohoda .....	131
18.1.2	Životní spokojenost.....	132
18.2	Hypotézy .....	133
18.3	Metody .....	133
18.3.1	Soubor .....	133
18.3.2	Měření .....	133



18.4	Výsledky.....	134
18.4.1	Inkrementální validita složek všímavosti při predikci SWLS.....	135
18.5	Diskuse.....	136
19	Srovnání všímavosti u klinické a neklinické populace .....	137
19.1	Úvod.....	137
19.2	Hypotézy .....	137
19.3	Metody .....	137
19.3.1	Soubor .....	137
19.3.2	Měření .....	138
19.4	Výsledky.....	138
19.5	Diskuse.....	140
20	<b>Shrnutí</b> .....	141
	<b>Použitá literatura</b> .....	143
	<b>Přílohy</b> .....	161
	P.1 Dotazník Pěti aspektů všímavosti .....	162
	P.2 Normy .....	164
	P.3 Vyhodnocení a interpretace výsledků dotazníku .....	165
	P.4 Dotazník subjektivní životní spokojenosti .....	167

# **I. Teoretická část**

# 1 Úvod: Stručný přehled problematiky

Všímavost (angl. mindfulness, někdy též překládáno jako bdělost, bdělá pozornost nebo plné uvědomování – viz kapitola Terminologie) je specifický způsob pozornosti charakterizovaný záměrným, bdělým uvědomováním si jevů odehrávajících se v přítomném okamžiku s postojem přijetí a nehodnocení (Kabat-Zinn, 1990). Jedná se o zvýšenou pozornost přítomného okamžiku, která se vyznačuje jasností, bdělostí či živostí (Brown & Ryan, 2003). Všímavost bývá dávána do protikladu ke stavům, ve kterých je uvědomování si přítomnosti nějakým způsobem omezeno (například pokud je pozornost rozptýlována a zahlcená zaobíráním se vzpomínkami, denním sněním, plány či starostmi) anebo kde stavům, ve kterých člověk jedná kompulzivně či automaticky bez uvědomování si toho, co dělá (bezmyšlenkovitost, mindlessness; Brown & Ryan, 2003). Všímavost se vyznačuje zájmem, otevřeností a přijetím toho, co jedinec právě prožívá. Tato otevřenost se projevuje uvědomováním si celé škály podnětů vstupujících do pole vědomí (intrapsychických i senzorických) bez vytváření hodnotících soudů ohledně jejich relativní důležitosti, hodnoty či příjemnosti. V kontextu každodenního života pojem všímavost odkazuje na zaměření pozornosti na přítomnost (na tady a teď), na to, co právě děláme či prožíváme, na otevřenost vůči prožívané zkušenosti a na snížený vnitřní monolog.

Koncept všímavosti má své kořeny v buddhistické filozofii a psychologii a je v jejím rámci rozvíjen již více než 2500 let. V posledních desetiletích získal tento koncept rostoucí zájem v psychologickém výzkumu i v klinické praxi. Počet publikací věnovaných všímavosti zaznamenaných databází PsycINFO přesáhl do roku 2009 1200 prací, z toho 717 studií uveřejněných v impaktovaných časopisech, 265 monografií a přes 200 disertačních prací. Objevují se další a další výzkumné studie dokazující pozitivní vliv technik rozvíjejících všímavost na různé aspekty psychického zdraví a spokojenosti (přehled viz Brown, Ryan & Creswell, 2007; Baer, 2003). V klinickém kontextu jsou využívány techniky rozvíjení všímavosti bez jejich filozofického a náboženského přesahu, což umožňuje využití jejich léčebného potenciálu i u lidí, kteří nemají zájem o buddhistickou filozofii. Klinickému uplatnění všímavosti je věnováno již několik sborníků, které se zabývají různými aplikačními oblastmi všímavosti, možnostmi jejího využití v léčbě různých duševních onemocnění a v různých klinických i neklinických populacích a které jsou doplněné přehledy výzkumných studií (Hayes, Follette & Linehan, 2004; Orsillo & Roemer, 2005; Germer, Siegel & Fulton, 2005; Baer, 2006; Didonna, 2009).

V klinické souvislosti získává koncept všímavosti specifický význam, který je často úzce spojen se záměrným navozováním stavu všímavosti prostřednictvím meditace všímavosti. V klinickém kontextu je všímavost chápána jako záměrná regulace pozornosti na přítomnost a zvýšené neselektivní uvědomování si celé škály jevů odehrávajících se v přítomnosti (především intrapsychických jako myšlenky, pocity či představy, ale i senzorických jako interoceptivní, tělesné počitky či zvuky) bez omezování pozornosti na určité podněty nebo vylučování jiných (Marlatt & Kristeller, 1999). Proto bývá také všímavost popisovaná jako volně plynoucí pozornost (Martin, 1997), jíž jsou vnořující se podněty receptivně registrovány bez ulpívání na jakýchkoliv konkrétních jevech. Jedinec je otevřen všemu, co vstupuje do pole vědomí, aniž by se nechal psychickými obsahy strhnout či unést, anebo aniž by na ně musel jakkoliv reagovat (Baer, Smith & Allen, 2004). Jelikož všímavost znamená receptivní uvědomování si všeho, co prožíváme, je její nezbytnou vlastností přijetí a otevřenost ke všemu, co vstupuje do pole vědomí, bez ohledu na to, jak příjemné nebo nepříjemné to je. Proto je také podstatnou vlastností všímavosti indiferentní či nestranný

## 1 Úvod: Stručný přehled problematiky

postoj k vlastní zkušenosti, tedy postoj otevřenosti, zájmu a přijetí vlastních prožitků bez vytváření (často kritických) hodnotících soudů o nich (Bishop et al., 2004).

Stav pozornosti a vědomí charakteristický pro všímavost má za následek řadu psychologických důsledků působících terapeuticky. Základním principem léčby prostřednictvím nácviku všímavosti je **změna vztahu** k intrapsychickým prožitkům namísto **změny jejich obsahu** (Hayes, 2004). Klienti se učí vědomě sledovat své aktuální prožitky s odstupem, bez hodnocení či analyzování a s akceptujícím postojem. Impulzy k jednání jsou pozorovány jako ostatní psychické fenomény, aniž by na ně klient automaticky a habituálně reagoval. Hlavními terapeuticky účinnými faktory všímavosti bývají popisovány: vhléd do psychických procesů, dezidentifikace či odstup od intrapsychických jevů („Já nejsem mé myšlenky“), deliteralizace („Myšlenky nejsou skutečnost“), deautomatizace (snížení habituálních a automatických vzorců jednání a myšlení), zvýšení tolerance k nepříjemným psychickým stavům (interoceptivní expozice), relaxace, zlepšení pozornosti a koncentrace, snížení ruminací a vnitřního dialogu a přijetí (acceptance) jako opak potlačování či vytěšňování nepříjemných psychických obsahů (Segal, Williams & Teasdale, 2002; Baer, 2003; Hayes, 2004; Brown, Ryan & Creswell, 2007).

Těchto terapeutických efektů je dosahováno prostřednictvím široké škály metod a technik. Významným prostředkem k nácviku a rozvoji všímavosti je meditace všímavosti (mindfulness meditation). Ta vychází z buddhistické meditace vipassana, která je založena na systematické kultivaci všímavosti. Přední a zásadní místo meditace všímavosti mezi metodami rozvíjejícími všímavost vede dokonce některé autory (Kabat-Zinn, 1990; Bishop et al., 2004) k faktickému ztotožňování tohoto druhu meditace se všímavostí jako takovou. Meditace všímavosti je formální meditační praxe, během níž jedinec tiše sedí po dobu až 45 minut a usměrňuje svou pozornost určitým způsobem. Jiná cvičení jsou kratší anebo méně formální techniky podporující všímavost v každodenním životě, jejichž základem je vnášení bdělého uvědomování do běžných, každodenních činností, jako je chůze, mytí či přijímání potravy (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams & Teasdale, 2002). K pochopení a přiblížení všímavosti klientům jsou také využívány techniky založené na imaginaci a při popisu jsou často používané metafory (Hayes, 2004).

Meditace všímavosti a různá cvičení rozvíjející všímavost v každodenním životě mají přes jisté rozdíly určité společné prvky. Základním prvkem je vždy zaměření pozornosti na právě probíhající činnost a její bedlivé pozorování. Činností, na kterou je bedlivá pozornost zaměřena, může být dýchání či chůze (často používané objekty pozornosti při meditaci) anebo běžná, každodenní aktivita jako mytí, jedení, uklízení apod. Kdykoliv se pozornost zatoulá od této činnosti jinam (do myšlenek, vzpomínek či fantazií), což je naprosto přirozené, je toto zatoulení krátce povšimnuto a pak je pozornost nenásilně opět navracena k primárnímu objektu pozornosti. Pokud se v průběhu cvičení objeví nějaké intenzivní tělesné pocity nebo emocionální stavy, je cvičící veden k tomu, aby si jich pozorně všiml a uvědomil si jejich perceptuální vlastnosti, jako například kde v těle se projevují, jak se mění v průběhu cvičení apod. Jako objekty pozornosti jsou podobně vnímány i nutkání či pobídky k nějaké reakci (změna polohy či poškrábání). Tyto pobídky k činnosti jsou pečlivě sledovány, avšak aniž by se na ně nutně reagovalo určitým chováním. Pro lepší uvědomění si psychických obsahů a pro zvýšení objektivizace a dezidentifikace je při meditaci doporučováno stručné verbální označení toho, co prožíváme krátkými frázemi jako „myšlení“, „smutek“, „chuť se protáhnout“ apod. Klienti jsou povzbuzováni k zaujmu–tí postoje zvědavosti, zájmu, otevřenosti a přijetí všech pozorovaných jevů. Zároveň jsou vedeni k tomu, aby se zdrželi hodnocení toho, co pozorují, a snahy změnit to nebo se tomu vyhnout. Myšlenky nejsou (jako je tomu např. v KBT) například hodnoceny jako rozumné či zkrleslé, jedinec se nesnaží změnit podobu myšlenek hodnocených jako iracionální, nesnaží se potlačit nechtěné či

nepříjemné myšlenky anebo zmírnit (mentálně či behaviorálně) nepříjemné emoce či počitky. Myšlenky, emoce a počitky jsou jednoduše povšimnuty a pozorovány tak, jak přicházejí.

Meditace všímavosti se odlišuje od jiných meditačních či psychologických cvičení, která rozvíjejí soustředěnou pozornost a koncentraci (Baer, 2003). V takových cvičeních je pozornost orientovaná na jeden předmět a všechny ostatní podněty jsou upozaděny. Jakmile se pozornost od primárního objektu odkloní, je okamžitě navracena zpět bez zájmu o povahu podnětů, ke kterým se pozornost zatoulala (Fontana, 1998). V počátečních stádiích je meditace všímavosti založena na koncentračních cvičeních, při kterých se pozornost periodicky vrací zpět ke zvolenému objektu, kdykoliv se od něj odkloní. V následujících stádiích však již není pozornost zaměřována na určitý konkrétní podnět, ale je receptivní, otevřená jakékoliv zkušenosti (na tělesné, emocionální nebo kognitivní úrovni), která se v průběhu cvičení vynoří (Bishop et al., 2004). Výkyvy a změny ohniska pozornosti jsou jen dalším jevem k pozorování. Proto bývá také všímavost někdy označovaná jako meta-uvědomování (meta-awareness) nebo meta-kognice, jelikož je to vědomí o kognitivních procesech včetně pozornosti (Teasdale, 1999, 2002). Takové nehodnotící pozorování neustále se měnícího proudu podnětů, dosahované v pokročilých stádiích meditace všímavosti, je označováno jako prostá pozornost (bare attention) nebo neselektivní vědomí (choiceless awareness) a dalo by se nazvat pravým jádrem nebo cílem meditace všímavosti (Kabat-Zinn, 1990).

Zapojení všímavosti do terapie duševních poruch má v různých klinických přístupech odlišnou podobu. Některé přístupy jsou založené z převážné části na důkladném, systematickém nácviku všímavosti prostřednictvím formální meditace všímavosti, který je doplňován podporou všímavosti v každodenním životě a prvky skupinové terapie. Z těchto přístupů je nejznámější a nejvíce aplikovaný Program snižování stresu pomocí nácviku všímavosti (MBSR, Mindfulness-based Stress Reduction), který byl vytvořen na Protistresové klinice massachusettské univerzity v 70. letech minulého století (Kabat-Zinn, 1990). Původně byl určen pro léčbu poruch spojených se stresem, ale brzy našel uplatnění v terapii dalších psychologických problémů, duševních nemocí i mimo klinický rámec. Kognitivní terapie založená na nácviku všímavosti (MBCT, Mindfulness-based Cognitive Therapy) je variace MBSR obohacená o prvky kognitivní terapie, která byla vytvořena pro prevenci relapsu deprese, ale podobně jako MBSR byla úspěšně aplikovaná i u jiných diagnóz (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Jiné přístupy zapojují všímavost do terapie spolu s řadou jiných technik. Mezi takové směry patří především Dialektická behaviorální terapie (DBT, Dialectical Behavioral Therapy) určená především pro terapii hraniční poruchy osobnosti (Linehan, 1993a). V DBT je všímavost považovaná za jednu z klíčových dovedností vedoucí k efektivní seberegulaci. Dalším takovým přístupem je Terapie přijetí a angažovanosti (ACT, Acceptance and Commitment Therapy), která zahrnuje řadu strategií rozvíjejících všímavost a to především podporu akceptujícího postoje k vlastním myšlenkám a emocím (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). V DBT a ACT jsou místo pravidelného a rozsáhlého nácviku všímavosti upřednostňovány kratší, méně formální cvičení. Takových cvičení je celá řada (viz Linehan, 1993b; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) a jsou individuálně volena tak, aby nejlépe vyhovovala povaze klienta a jeho problémům.

Kromě přímé aplikace v psychoterapii jako jedné z metod intervence může být všímavost využita také jako doplněk léčby. Může být například zapojena do výcviku a osobního rozvoje psychoterapeutů a využita k rozvoji jejich profesionálních dovedností. Výzkumy a klinické zkušenosti ukazují, že všímavost může rozvíjet empatii (Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998; Block-Lerner et al., 2007), zvyšovat vnímavost na emocionální a behaviorální reakce klienta a zlepšovat komunikační schopnosti (Brown, Ryan & Creswell, 2007), zvyšovat odolnost vůči stresu (Shapiro, Brown & Biegel, 2007), zvyšovat toleranci vůči nepříjemným emocím a

## 1 Úvod: Stručný přehled problematiky

schopnost soucitu a přijetí (Fulton, 2005). Všímavost tak může hrát důležitou roli v terapeutickém výcviku (Grepmaier et al., 2007).

Všímavost také může fungovat jako doplněk terapie, která je jinak primárně založena na jiném terapeutickém směru. Jakákoliv terapie může přejímat a rozvíjet koncepty související s všímavostí (dezidentifikace s obsahy mysli, přijetí, zvýšené uvědomování), aniž by klienty přímo učila konkrétní techniky (tzv. mindfulness-informed psychotherapy, Germer, 2005a). Někteří autoři upozorňují také na to, že všímavost je implicitně součástí většiny psychoterapeutických směrů. Podle Beitmana a Sothové (2006) je zvýšené sebeuvědomování klíčovým procesem ve všech terapeutických směrech. Podobně postuluje Martin (1997), že všímavost definovaná jako neulpívavá pozornost je společným účinným faktorem ve všech terapeutických přístupech. Explicitní rozvíjení všímavosti v terapeutickém kontextu jako doplněk standardní terapie tak může zvyšovat její kladné výsledky (Kutz, 1985; Weiss, Nordlie & Siegel, 2005). Podle našeho mínění je právě využití všímavosti jako doplněk standardních terapeutických směrů (dynamických, kognitivně-behaviorálních či systemických) budoucnost této intervence. Intervence založené na všímavosti nemají aspirace nahradit stávající přístupy, ale ruku v ruce kladně působit na pozitivní terapeutickou změnu.

Intervence založené na rozvíjení všímavosti (mindfulness-based approaches) našly uplatnění jak v klinické oblasti (v léčbě somatických a psychosomatických onemocnění, v psychoterapii duševních poruch), tak mimo klinickou oblast – při snižování stresu, v partnerském poradenství či v oblasti psychologie práce. Metaanalýzy empirických výzkumů, sledujících účinnost intervencí založených na všímavosti, ukazují slibné výsledky (Bishop, 2002; Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; Ma & Teasdale, 2004; Coelho, Canter & Ernst, 2007; Toneatto & Nguyen, 2007). Například Baerová (2003) v metaanalýze 22 výzkumů všímavosti zjistila efekt účinku (Cohenovo  $d$ ) v rozmezí od .15 do 1.65 a průměrný efekt účinku .74 ( $SD = .39$ ).<sup>1</sup>

Důležité místo zaujaly přístupy založené na všímavosti také v psychologické péči o somaticky nemocné, a to při snižování negativního dopadu nemoci na psychiku pacientů, jako prostředek zvýšení tolerance k nepříjemným symptomům (např. bolesti) anebo k podpoře standardní léčby. Vzrůstající počet empirických studií prokazuje efektivitu těchto intervencí například u onkologických pacientů (Carlson et al., 2003; Specia et al., 2006), v terapii chronické bolesti (Kabat-Zinn et al., 1987; McCracken, Gauntlett-Gilbert & Vowles, 2007), u dermatologických onemocnění (Kabat-Zinn et al., 1998) či u populace s různorodými onemocněními (Reibel et al., 2001). Na všímavosti založené přístupy se ukázaly přínosné také v léčbě psychosomatických poruch, jako například poruch spánku (Yook et al., 2008; Shapiro et al., 2003) nebo u sexuálních dysfunkcí (Brotto & Heiman, 2007).

Přístupy založené na rozvíjení všímavosti jsou především využívány v léčbě celé řady psychických poruch a neustále se objevují nové studie popisující jejich uplatnění u dalších diagnóz. Jejich účinnost byla prokázána v léčbě deprese (Teasdale et al., 2000; Ma & Teasdale, 2004), u úzkostných poruch, jako je generalizovaná úzkostná porucha (Roemer & Orsillo, 2002), obsedantně kompulzivní porucha (Singh et al., 2004) či sociální fobie (Bogels, Sijbers & Voncken, 2006), dále u psychotických poruch (Bach & Hayes, 2002), poruch příjmu potravy (Kristeller & Hallett, 1999), u poruch osobnosti (Linehan, 1993a, b) nebo u závislostí (Breslin, Zack & McMain, 2002).

Mimo klinický rámec jsou tyto techniky využívány v partnerském poradenství pro podporu spokojenosti ve vztahu (Carson et al., 2004) či v případech domácího násilí (Rathus,

---

<sup>1</sup> Efekt účinku je poměr výsledku závislé proměnné k její standardní odchylce. Cohenovo  $d = 1$  tedy znamená, že experimentální skupina skórovala o 1 směrodatnou odchylku měření lépe než kontrolní skupina (Hendl, 2004).

Cavuoto & Passarelli, 2006), našly také uplatnění v pracovní oblasti při snižování pracovního stresu a zlepšení pracovní pohody (Williams, 2006; Walach et al., 2007) nebo například v penitenciární péči (Bowen et al., 2006; Samuelson et al., 2007).

Všímavost prokázala svou širší záběru nejen, co se týče různých onemocnění, ale také svým uplatněním v různých populacích. Všímavost bývá využívána nejen u dospělých, ale objevují se i práce popisující její účinnost při práci s dětmi a adolescenty (Lee et al., 2008; Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008; Wagner, Rathus & Miller, 2006; Greco et al., 2005), se seniory (Smith, 2006; McBee, 2008) či s mentálně retardovanými (Singh et al., 2007b).



## 2 Terminologie

Předtím, než se začneme zabývat konceptem všímavosti, musíme se nejdříve věnovat samotnému termínu všímavost. V českém jazykovém prostředí dosud neexistuje jednoznačný úzus k překladu cizojazyčných termínů označujících mindfulness. V této práci budeme z důvodů, které jsou uvedeny v této kapitole, překládat anglický termín mindfulness jako všímavost.

V buddhistické literatuře, odkud koncept všímavosti pochází, je pro tento stav vědomí použit termín *sati* (pálijsky) anebo *smṛti* (sanskrit). Doslovný překlad znamená *paměť* či *vzpomínka*, ale v buddhistickém úzu se slovo *sati* pojí s přítomností (Nyanaponika, 1995). Znamená tedy pamětlivost toho, co se odehrává v přítomnosti. V překladech buddhistických knih vydaných v angličtině je možno pro termín mindfulness nalézt překlady jako *všímavost*, *bdělost*, *uvědomění* či *bdělá pozornost*. Jak shodně poznamenávají překladatelé, žádný z nich přesně nevystihuje plnou podstatu termínu *sati*. V poslední verzi českého buddhistického slovníku jeho překladatel udává přehled doposud použitých termínů a s ohledem na jejich neúplnost se rozhodl ponechávat v českém překladu původní pálijský výraz *sati* (Nyanatolika, 2008).

V anglicky psané odborné literatuře, ze které naše práce především vychází, je již dlouhodobě a víceméně jednoznačně používán termín *mindfulness*. Tento pojem není natolik svázán s původním pálijským výrazem a v průběhu desetiletí psychologického výzkumu získal jednoznačnější konotace. Slovníkový překlad slova mindfulness je *dbalost*, *bedlivost* nebo *pamětlivost*. V odborné psychologické literatuře však pojem *mindfulness* přesahuje takový úzký slovníkový význam. Svým dlouholetým používáním a snahou o jeho definici získal termín mindfulness konotace spojené se specifickým stavem vědomí charakterizovaným nejen dbalou pozorností a pamětlivostí, ale také především zaměřením na přítomnost a postojem přijetí či nehodnocení.

Do české odborné literatury zatím tento koncept příliš nepronikl. V nepublikovaných pracích či v neformální komunikaci bývá často ponecháván původní anglický výraz mindfulness. V publikované odborné literatuře se v souvislosti s jejím zapojením do standardní kognitivně-behaviorální terapie věnuje tématu mindfulness MUDr. P. Možný, který jej překládá jako *plné uvědomování* nebo pouze jako *uvědomování* (Praško, Možný & Šlepecký, 2007). V satiterapeutické literatuře, která vychází z prací českého psychologa, psychoterapeuta a buddhistického mnicha M. Frýby, bývá používán termín *všímavost* (Frýba, 2003, 2008).

Žádný z českých překladů termínu mindfulness zcela nevystihuje plný význam tohoto slova a každý má své výhody i nevýhody.

Pojem *bdělost* je sice významově velmi blízký, ale v českém jazyce je toto slovo často vnímáno jako protiklad ke spánku nebo ospalosti a podobně je tomu v odborné literatuře (např. Matoušek, 2002). V kognitivně psychologické literatuře má pojem bdělost (vigilance) svou jasnou definici (Sternberg, 2002), která je odlišná od definice mindfulness. Bdělost je důležitým aspektem mindfulness, ale ne jediným a postačujícím. V buddhistické literatuře jsou od sebe jasně odděleny a odlišně definovány pojmy *sati* (mindfulness) a *manasikāra* (bdělost; Frýba, 2008).

Slova jako *dbalost* nebo *pamětlivost* zase evokují vlastnosti osobnosti jako *svědomitost* či *pečlivost*, což neodpovídá pojetí mindfulness jako stavu vědomí.

Pojem *pozornost*, ať už s jakýmkoliv adjektivy (*bdělá*, *uvědomělá* apod.), je také poněkud zavádějící. Termín pozornost je v psychologii dlouhodobě zkoumán, popisován a definován a existuje vícero teorií pozornosti. Mindfulness se od pozornosti v mnohých ohledech liší (i



když pozornost je součástí definic mindfulness), a bylo by proto zavádějící a matoucí používat tento termín v souvislosti s mindfulness. Například základní vlastností pozornosti je v psychologické literatuře zmiňovaná selektivnost, tedy aktivní zaměření vědomí na určitý předmět (Nakonečný, 1998a). Základní charakteristikou mindfulness je naopak receptivita a neselektivnost, otevřenost ke všem jevům v poli vědomí.

Mindfulness je spojovaná spíše s vědomím (awareness) než s pozorností (attention). Proto je vhodnější a významu slova mindfulness bližší termín *uvědomování*. Tento termín je však příliš obecný. *Uvědomování* je překladem pojmu *awareness*, který je ústřední součástí mnoha definic mindfulness, ale samotný nevystihuje některé charakteristické významy slova mindfulness (zaměření na přítomný okamžik, postoj nehodnocení). V hovorové češtině je pak s tímto termínem spojeno mnoho dalších významů (např. pochopení, být uvědomělý) a konotací, což může být v odborné literatuře někdy matoucí.

Pro tuto práci jsme zvolili pro překlad termínu *mindfulness* výraz ***všímavost***, a to z několika důvodů. Za prvé poměrně dobře vystihuje důležité charakteristiky konceptu mindfulness (*všímání* si rozličných jevů objevujících se v poli vědomí i přesunů pozornosti mezi těmito jevy). Za druhé má již v odborné literatuře určitou tradici, jelikož je používán v satiterapeutické literatuře, která se již dlouhodobě zabývá vlivem mindfulness na psychické zdraví (Frýba, 2003, 2008). Za třetí tento výraz není natolik v češtině používán, nenese proto s sebou tolik nežádoucích konotací, a je proto nejméně zavádějící. Je to, řečeno metaforicky, prázdná nádoba vhodná k naplnění specifickými významy. Termín *všímavost* by se proto mohl stát terminus technicus, jasně odkazující na koncepty, které jsou v anglické literatuře označovány jako mindfulness.

### 3 Historické kořeny všímavosti a pár slov o buddhismu

#### 3.1 *Buddhismus a klinická psychologie*

Koncept všímavosti pochází z bohaté buddhistické tradice, jejímž cílem je zmírnění lidského utrpení. Buddhismus byl založen kolem roku 500 př. n. l. v severní Indii Siddharthou Gautamou, později nazývaným Buddha (Probuzený). Jeho motivací byla snaha o odhalení příčin všude se objevujícího lidského utrpení a nalezení prostředků k jeho zmírnění. Výsledky empirické, introspektivní zkušenosti byly formulovány do eticko-psychologického systému abhidhammy. Abhidhamma je zevrubnou analýzou lidské psychiky, vycházející ze systematické introspekce.

Všíímavost je v buddhistickém kontextu považovaná za jeden ze základních prostředků vedoucích k odstranění lidského utrpení. Zájem buddhismu o psychické determinanty utrpení a o psychologické prostředky vedoucí k jeho zmírnění jej činí velmi blízkým klinické psychologii a psychoterapii. Ve snaze o porozumění a léčbě lidského trápení (ať už jsou to duševní poruchy anebo obecné lidské problémy) postupují oba systémy obdobně. Nejprve 1) identifikují symptomy (uvědomění si problému), 2) pak popisují etiologii (zjištění příčin problému), 3) navrhuji prognózu a 4) předepisují léčbu (Fulton & Siegel, 2005).

Tyto čtyři kroky jsou v buddhismu nazývané čtyři vznešené pravdy a jsou jádrem buddhistické filozofie. První vznešená pravda říká, že lidský život je plný utrpení. Lidé mohou trpět bolestí, hladem, úzkostí, nespokojeností či depresí, přičemž mnoho těchto zdrojů utrpení nelze odstranit (např. stáří). Utrpení je nevyhnutelnou součástí života. Pokud má člověk smysly, může zažívat bolest. Pokud člověk cítí, může pociťovat nespokojenost. Paralelu nacházíme v existenciální psychologii v konceptu ontologické úzkosti (Angst). Ta je vlastní součástí života, a odmítání této úzkosti je proto odmítáním života. Pochopení toho, co nás trápí, a jasná identifikace problémových oblastí jsou nezbytným předpokladem léčby. Také v psychoterapii je uvědomění a přiznání si problému prvním a základním krokem.

Druhou vznešenou pravdou je tvrzení, že utrpení vzniká v důsledku připoutanosti. Velká část lidského utrpení pochází z touhy, aby potěšení, štěstí či láska trvaly navždy a bolest, úzkost či zármutek byly kompletně z našeho života vyloučeny. Podle buddhistické etiologie patologického jednání jsou zdrojem všeho chorobného takzvané kořeny patologie nebo také tři aspekty připoutanosti. První z nich je touha či závislost. Část utrpení způsobuje závislost a lpění na věcech, které jsou ve své podstatě nedokonalé, nestálé a bezvýznamné. V psychoterapii se tento zdroj utrpení projevuje v okruhu problémů spojených se závislostmi, ať už drogovými nebo vztahovými. Druhým aspektem připoutanosti je odmítání. Tím, že věcem, které nás zraňují, přikládáme stálost a podstatu, dáváme jim sílu zraňovat nás více. Opět nacházíme paralelu v psychoterapii u rozličných forem vyhýbavého chování u úzkostných a jiných poruch. Třetím aspektem je nevědomost, neboli neschopnost zažívat skutečnost přímo a nechávání se vést pouze svou často mylnou osobní interpretací. Také v kognitivní terapii je základní premisou to, že naše interpretace událostí podléhají kognitivním omylům a že takové interpretace ovlivňují naše duševní rozpoložení.

Podle třetí vznešené pravdy může být utrpení odstraněno. Ačkoliv nemůžeme ze života odstranit všechny nepříjemné podněty, značná část našeho utrpení není nutná. Přinejmenším sekundární utrpení, které přidáváme k nevyhnutelnému utrpení života, může být odstraněno nebo alespoň zmenšeno. Důležitá je proto změna vztahu k utrpení, které je nevyhnutelné (např. vrozená duševní porucha či tragické životní okolnosti).

Způsob odstranění utrpení je potom načrtnut ve čtvrté vznešené pravdě. Zjednodušeně se dá říci, že utrpení zaniká odstraněním připoutanosti, čehož se dosáhne vzhledem do procesů,

jimiž utrpení vzniká. Z praktického hlediska to znamená být všímavý. Bdělé uvědomování obsahů mysli (myšlenek, pocitů, chování, záměru, potřeb atd.) vede k rozvíjení vhledu nutného k překonání utrpení (McIntosh, 1997). V Mahá Sattipatthána Sútře Buddha říká: „Jedinou cestou k očistě bytosti, k překonání smutku a nářků, k zániku utrpení a strádání, ke vstupu na pravou stezku a k uskutečnění Nibbány, je cesta Čtyř podkladů všímavosti.“ Čtyři podklady všímavosti jsou pak 1) uvědomování těla, 2) uvědomování citění, 3) uvědomování mysli a 4) uvědomování předmětů mysli. Praktická cesta k dosažení zániku utrpení je tedy ve stručnosti popsána takto: „Spočívej v uvědomování těla, v uvědomování citění, v uvědomování mysli a v uvědomování předmětů mysli“ (Sayadó, 1993).

## 3.2 *Buddhismus v západní psychologii*

V průběhu 20. století vedl zájem buddhismu o hlubinné aspekty lidské psychiky, sdílený se západní psychologií, k různorodým snahám o propojení či srovnání buddhistické psychologie s koncepty západní psychologie a výzkumem či terapeutickým využitím technik pocházejících z buddhismu.

Myšlenky a koncepty buddhismu a východní filozofie obecně začaly ve větší míře pronikat do evropského myšlení až v 19. století. Nejdříve v rámci různých novodobých filozofií a náboženství, jako byla teozofie, ale postupně vzrůstal zájem akademické obce. Jak se etablovala psychologie jako vědecká disciplína, obracela svůj zájem také na náboženské a filozofické systémy a snažila se je vysvětlovat z pohledu psychologie (viz James, 1930).

Pohled na buddhismus v dobách Freudových byl značně ovlivněn biologickým a redukcionistickým přístupem k povaze lidské psychiky a etnocentrickým postojem k mimoevropským filozofickým a duchovním směrům. Co si někteří autoři těch dob mysleli o buddhismu, jasně ukazuje název práce psychoanalytika Franze Alexandra (1931) „Buddhistický výcvik jako umělá katatonie“. Freud (1930) zcela v rámci psychoanalýzy popisuje „oceánický pocit“ objevující se v meditaci jako regresivní pocit návratu do matčina lůna. Meditace bývala pokládána za hypnotické přiblížení se k mysticismu či jako únik z reality.

C. G. Jung hodnotu buddhismu a vůbec východních myšlenkových proudů oceňoval, jak o tom svědčí některé jeho práce o taoismu či čínských ezoterických cvičeních se sinologem R. Wilhelmem (Jung & Wilhelm, 1997). Nevěřil však, že by byly vhodné a aplikovatelné pro obyvatele Západu s jejich silnými židovsko-křesťanskými kořeny.

Vstřícnější postoj k buddhistické psychologii a meditaci nastal až po druhé světové válce, kdy se začaly objevovat populární knihy o buddhismu jako například „Zen a umění lukostřelby“ (Herrigel, 1953). Mimo oblast populární kultury se začaly publikovat odborné práce srovnávající buddhismus a psychologii, jako například dialog Ericha Fromma se zenovým mistrem T. D. Suzukim (Suzuki, Fromm & DeMartino, 1960) anebo práce „Psychoterapie Východu a Západu“ (Watts, 1961).

Skutečný boom nastal v letech šedesátých, která se projevila odklonem od materialistických hodnot minulých desetiletí a zaměřením pohledu do nitra, na duchovní a psychedelické rozměry života. Mnoho osobností populární kultury cestovalo do Indie a zpět a přivezly s sebou myšlenky východních meditačních filozofií. V tomto období vzrostl zájem o změněné stavy vědomí a rozšířené vědomí pomocí psychedelických drog, hypnózy či parapsychologie, přičemž meditace byla považována za jednu z metod rozšiřujících vědomí.

V psychologii se tento trend projevil kritikou redukcionistické behaviorální psychologie a vznikem psychologických směrů, jako je humanistická či transpersonální psychologie (Hoskovec, Nakonečný & Sedláková, 2002). V těchto směrech byl mnohem větší prostor také pro fenomény spojené s meditací a s koncepty vycházejícími z buddhismu. Pokud

### 3 Historické kořeny všímavosti a pár slov o buddhismu

nemluvily přímo o meditaci, byly některé koncepty s buddhistickou psychologií v mnohých ohledech v souladu (Goleman, 1981). Mezi tyto autory patří z humanistické tradice např. Assagioli (1965), Maslow (1968) či Perls (1969) nebo z transpersonální psychologie Tart (1972), Wilber (1977) nebo Grof (1992). Také mnozí psychoterapeuti vnímali meditaci jako způsob k dosažení životní pohody a rovnováhy a začali se pokoušet spojit meditační zkušenost se svou klinickou prací (Germer, 2005a).

V sedmdesátých letech poněkud opadlo leckdy nekritické nadšení pro východní filozofické směry, ale o to více se jejich výzkum přesunul do psychologických laboratoří a na klinická pracoviště. Psychologové začali zkoumat meditaci empiricky podle přísných metodologických kritérií. Od 70. let byly provedeny stovky výzkumů sledujících proměnné spojené s meditací, a to v klinické i neklinické populaci (Walsh & Shapiro, 2006). Zkoumán byl například vliv meditace na fyzické i duševní zdraví, na životní spokojenost či na jednotlivé psychické procesy – přehled lze najít v některých přehledových studiích, sbornících a monografiích (Shapiro & Walsh, 1984; Austin, 1998; Wallace, 2003), včetně přehledu výzkumů využívajících moderní zobrazovací metody (Cahn & Polich, 2006).

Meditace se díky empirickému výzkumu postupně zbavila zkreslující nálepky jakési okultní či parapsychologické disciplíny a stala se uznávanou metodou v psychologické péči o člověka. Zkoumal se mimo jiné také vliv meditace na průběh standardní terapie dlouhodobé (Kutz, 1985) i krátkodobé (Deatherage, 1975). Empirický výzkum také ukázal odlišné působení různých meditačních přístupů a odlišil buddhistickou meditaci všímavosti od jiných koncentračních či vizualizačních typů meditací (Cardaciotto, 2005). Začaly se objevovat empiricky podložené pokusy o zařazení meditace všímavosti do terapie. Jedním z prvních takových pokusů byla práce Jona Kabat-Zinna, který se svými kolegy na Protistresové klinice massachusettské univerzity vytvořil terapeutický program pro snižování stresu, jehož hlavní součástí byl nácvik všímavosti pomocí meditace (SR&RP, Stress Reduction & Relaxation Program, později známý jako MBSR, Mindfulness Based Stress Reduction; Kabat-Zinn, 1990). Tento program získal brzy značnou oblibu a začal být využíván v rozličných klinických prostředích a populacích. Podle Bishopa (2002) byl program MBSR nabízen v roce 2002 v Severní Americe a Evropě na 240 klinických pracovištích a v psychologických poradnách a každým rokem byly otvírány nové programy. Na tento program také navázaly další programy a variace, jako jsou MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy; Segal, Williams & Teasdale, 2002) anebo MBRE (Mindfulness Based Relationship Enhancement; Carson, Carson, Gil & Baucom, 2004, 2006).

Přístup založený na všímavosti tak postupně pronikal do tradiční terapie, která byla ve Spojených státech převážně kognitivně-behaviorálně orientovaná. Marsha Linehanová (1993a, b) představila kognitivně-behaviorální léčbu hraniční poruchy osobnosti, ve které hraje klíčovou roli všímavost a jež byla z valné části inspirována Zen buddhismem. Na současné behaviorální analýze a empirickém výzkumu je také založen terapeutický přístup autorů Hayese, Strosahla a Wilsona (1999), ve kterém jsou všímavost a přijetí podstatnými činiteli terapeutické změny.

Tento trend vedl některé autory k tomu, že nové terapeutické směry vycházející z kognitivně-behaviorálních kořenů a přidávající k nim aspekty přijetí a všímavosti začali označovat jako *třetí vlnu behaviorální terapie* (Hayes, 2004). První vlnou je míněna klasická behaviorální terapie s technikami založenými na klasickém a operantním podmiňování, jako je expozice či desenzitivizace. Ačkoliv byl tento přístup poměrně účinný, nedokázal se zcela vyrovnat s mnoha psychologickými problémy, a to především kvůli přehlížení některých psychických fenoménů, jež nelze přímo pozorovat (např. kognice). Výzkumy v oblasti lidského zpracování informací a jazyka vnesly i do klinické praxe témata kognitivní psychologie. Druhá vlna behaviorální terapie se proto nesla v duchu práce se škodlivými kognitivními konstrukty, jakými jsou dysfunkční myšlenková schémata či chybné zpracování

informací. Kombinace behaviorálního a kognitivního přístupu dala vzniknout kognitivně-behaviorální terapii, která měla za cíl změnit maladaptivní chování, kognice a emoce. Třetí vlna behaviorální terapie pak vnáší témata, která byla v předchozích přístupech přehlížena. Nové behaviorální terapie vycházejí primárně z KBT, avšak do terapie přinášejí prvky, jako jsou přijetí, všímavost, osobní hodnoty či spiritualita. Prostředkem terapeutické změny jsou pak především nepřímé a zážitkové techniky. Hlavním teoretickým přístupem je filozofie postmodernismu, která zdůrazňuje kontextualismus, pragmatismus a funkcionalismus (Hayes, 2004).

## 4 Přehled definic a konceptualizací konceptu všímavosti

Přestože se v psychologické literatuře koncept všímavosti studuje již téměř 30 let, doposud nepanuje jednoznačná shoda na jeho definici. Je to mimo jiné způsobeno tím, že je všímavost studovaná v rámci odlišných teoretických přístupů s odlišnými východisky, cíli výzkumu a kulturně-historickým pozadím. V podstatě můžeme odlišit tři přístupy ke studiu všímavosti – sociálně-psychologický (Langer, 1989; Sternberg, 2000), klinicko-psychologický (např. Kabat-Zinn, 1990; Baer, 2006; Germer, Siegel & Fulton, 2005) a filozoficko-psychologické přístupy vycházející z buddhismu (např. Nyanaponika, 1995; Goldstein & Kornfield, 1997). V naší práci budeme vycházet především z klinicko-psychologických definic všímavosti. Přesto v této kapitole stručně zmíníme i zbylé dva přístupy.

### 4.1 Filozoficko-psychologické definice

Koncept všímavosti pochází z bohaté buddhistické tradice, v jejímž kontextu je rozvoj všímavosti pokládán za jeden ze základních prostředků vedoucích ke zmírnění psychického utrpení. Většina klinických konceptualizací všímavosti vychází z rozsáhlé buddhistické literatury a je v souladu s buddhistickým popisem všímavosti (Bishop, 2002). V buddhistické tradici bývá všímavost popisována jako „*prostá pozornost*, během níž jsou jevy vstupující spontánně do pole vědomí pozorovány takové, jaké jsou, aniž by byly dále hodnoceny, interpretovány nebo jinak myšlenkově rozebírány“ (Nyanaponika, 1995, s. 39). Všímavost se tedy týká procesu pozornosti spíše než obsahu pozornosti. Obdobně všímavost podle Goldsteina a Kornfielda (1997, s. 98) „znamená všimat si věcí tak, jak skutečně jsou, přímo a bezprostředně si uvědomovat to, co je přítomné a pravé, skutečné.“

### 4.2 Sociálně-psychologické a kognitivně-psychologické definice

Z poněkud odlišné perspektivy přistoupila ke konceptu všímavosti E. Langerová (1989). Její koncepce je více zaměřená na kognitivní zpracování informací. Definovala dva stavy bytí: všímavost (mindfulness) a bezmyšlenkovitost (mindlessness). Stav všímavosti je popisován jako uvolněný stav mysli, v němž jedinec vytváří nové a originální kategorie, je otevřen novým informacím, uvědomuje si více perspektiv, je orientován na přítomnost, je citlivý na kontext a úhel pohledu. Oproti tomu je bezmyšlenkovitost založená na rutině, zvyku a rigidních myšlenkových vzorcích, jedinec přehlíží aktuální okolnosti. Jelikož bezmyšlenkovité jednání probíhá neuvědoměle, jsou informace zpracovávány automaticky, habituálně, což může vést k chybným závěrům, neodpovídajícím aktuální situaci (Langer, 1989; Langer & Moldoveanu, 2000a). Blízkost tohoto pojetí k různým kognitivním přístupům a teoriím vedla Sternberga (2000) k přirovnání takto pojeté všímavosti ke kognitivnímu stylu.

Intervence založené na tomto pojetí jsou postaveny na vedení účastníků k posouzení informací z různých úhlů pohledu, v kontextu různorodých situací či v originálních souvislostech. Efektivita těchto intervencí byla úspěšně zkoumána v řadě situací a oblastí, např. v sociální oblasti (Langer & Moldoveanu, 2000a), ve vzdělávání a oblasti práce (Langer & Moldoveanu, 2000b) nebo v psychoterapii (Carson & Langer, 2006).

Tato koncepce se v mnohém podobá klinickému přístupu, například zaměřením na přítomnost nebo zdůrazňováním flexibilního uvědomování si různých aspektů situace.



Zároveň se však liší v tom, že se v ní pracuje především s externími jevy (např. informacemi) a zahrnuje aktivní manipulaci s nimi. Oproti tomu v klinickém pojetí je kladen důraz spíše na interní podněty (myšlenky, pocity) a na receptivní, nehodnotící postoj (Baer, 2003).

### 4.3 Klinicko-psychologické definice

Vzhledem k tématu této práce jsou nejvíce relevantní současné klinicko-psychologické konceptualizace všímavosti. V průběhu několika posledních desetiletí vznikla rozmanitá paleta přístupů a definic (viz tabulka). Ačkoliv dosud nepanuje shoda ohledně operacionální definice všímavosti ani jejích základních charakteristik, mají všechny teoretické popisy všímavosti společné charakteristiky.

Nejčastěji citovanou a uváděnou definicí je definice Kabat-Zinna (1996, s.22): „Všímavost je určitý způsob udržování pozornosti: záměrně, v přítomném okamžiku a bez hodnocení.“ Jiná stručná a výstižná definice je od Germera (2005a, s.7), který definuje všímavost jako „1) uvědomování si 2) přítomných prožitků 3) s postojem přijetí“. Obě tyto definice, stejně jako většina ostatních (viz tabulka), v nějaké podobě obsahují dvě základní komponenty, a to a) uvědomování si přítomné chvíle a b) způsob, jakým to děláme, který je charakterizovaný postojem přijetí, nehodnocení a otevřenosti.

Všímavost znamená především **uvědomování si přítomného okamžiku**. Kabat-Zinn (1990) například všímavost popisuje jako „uvědomování si okamžik za okamžikem (moment-to-moment awareness)“ (s.2). Ve stejném duchu definují všímavost Brown a Ryan (2003, s. 822) jako „stav, ve kterém si člověk uvědomuje a je pozorný k tomu, co se děje v přítomném okamžiku“, anebo Marlatt a Kristellerová (1999, s. 68) jako „vnášení plné pozornosti do přítomné zkušenosti okamžik za okamžikem“.

Uvědomování si toho, co se děje v přítomnosti, je přirozeným aspektem normální psychické činnosti. Všímavost může být proto spíše pojímána jako zdokonalené či zvýšené vědomí probíhající zkušenosti. Všímavost bývá proto také kvůli odlišení od běžné pozornosti označována jako *plná, bdělá* či *uvědomělá pozornost* anebo jako *plné, bdělé, pozorné uvědomění*.

Negativně může být všímavost popsána jako opak stavů, ve kterých je pozornost jedince a jeho uvědomění přítomné zkušenosti nějakým způsobem omezené. Takové omezení pozornosti nastává například ruminativními myšlenkami či denním sněním (vzpomínkami na minulost a fantaziemi či úzkostnými obavami směřovanými do budoucnosti), což brání člověku plně prožívat to, co se děje v přítomnosti. Podobně je pozornost omezena, pokud je rozdělena mezi vícero úkolů, anebo ve chvílích, kdy člověk jedná automaticky nebo kompulzivně (Brown & Ryan, 2003). Často bývá například všímavost dávána do protikladu k bezmyšlenkovitosti či duchem nepřítomnosti (mindlessness). V takovém stavu se člověk zaobírá vzpomínkami na minulost, plánováním budoucnosti, rozebíráním či posuzováním současné situace, zaobíráním se vlastními pocity nebo fantaziemi a denním sněním. Takto pohlcen ve svých myšlenkách a pocitech pak dělá věci automaticky, aniž by si vůbec byl vědom toho, co dělá, anebo co se vlastně děje. Mnoho lidí takový stav popisuje jako „jet na autopilota“ (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Všímavost na druhou stranu znamená být plně v přítomném okamžiku, tady a teď, uvědomovat si, co se děje. Je to stav, ve kterém si je člověk vědom celého spektra prožitků odehrávajících se v přítomné chvíli (Marlatt & Kristeller, 1999). A to jak vnějších podnětů (zvuků, chutí, vůní, barev apod.), tak vnitřních podnětů (tělesné pocity, myšlenky, pocity), a to tak, jak postupně vyvstávají v poli vědomí.

Samotné zvýšené uvědomování si vlastních prožitků může mít však negativní důsledky. Například zvýšená pozornost na sebe sama (self-focused attention) je spojována s mnoha

## 4 Přehled definic a konceptualizací konceptu všímavosti

patologickými dopady, kterými mohou být např. deprese, úzkost, alkoholismus a jiné (přehled viz Ingram, 1990). Důležitý je proto způsob, jak si člověk uvědomuje svou zkušenost a postoj k tomu, co prožívá. Zvýšené uvědomování charakterizující stav všímavosti se vyznačuje základními postoji **nehodnocení, otevřenosti a přijetí**.

Postoj přijetí a otevřenosti odkazuje na neselektivní povahu všímavosti. Běžná pozornost je vždy na něco zaměřena a zúžena. Pozornost a uvědomování si ve stavu všímavosti se naopak vyznačují otevřeností, přijetím a uznáním všeho, co se objeví v poli vědomí, bez zaměření na nějaké konkrétní jevy či zážitky. Všechny vynořující se podněty (myšlenky, emoce, počitky) jsou registrovány s indiferentním postojem k nim, tj. bez vytváření hodnotících soudů ohledně jejich relativní důležitosti, hodnotě či příjemnosti.

Tento indiferentní postoj či postoj nehodnocení (nepředpojaté sledování přítomné chvíle bez posuzování a kategorizování) je podstatným rysem všímavosti. V běžném životě neustále automaticky hodnotíme naši zkušenost podle toho, jak je příjemná či nepříjemná, dobrá či špatná. Na základě těchto hodnotících soudů se pak určitému typu zkušenosti vyhýbáme a jiných se snažíme dosáhnout. Fungují jako jakýsi filtr naší zkušenosti a omezují naše uvědomění si přítomné chvíle. Na rozdíl od běžné pozornosti se všímavost vyznačuje přijetím, necenzurovaným otevřením se celé šíři našich prožitků. Jednotlivé podněty nejsou hodnoceny jako triviální či významné, příjemné či nepříjemné, zdravé či škodlivé nebo rozumné či zkrslé. Jsou jednoduše receptivně registrovány. Tento indiferentní postoj také znamená, že pozornost neulpívá na určitých podnětech (např. označených jako důležité či zajímavé), ani nevylučuje jiné ze svého záběru (např. ty označené jako nepříjemné či bezvýznamné). Všímavost bývá proto také popisovaná jako volně plynoucí pozornost (Martin, 1997), jelikož volně přechází z jednoho podnětu k druhému tak, jak se objevují v poli vědomí bez ulpívání na některých z nich. Všímavost proto také znamená uvědomování si intrapsychických obsahů bez psychických obran (nebo přesněji řečeno snížení vlivu těchto obran). Jedinec je otevřen všemu, co vstupuje do pole vědomí, aniž by se nechal psychickými obsahy strhnout či unést, anebo aniž by na ně musel reagovat.

To odlišuje techniky rozvíjení všímavosti od jiných meditačních či psychologických cvičení, která rozvíjejí soustředěnou pozornost a koncentraci (Baer, 2003). V takových cvičeních je pozornost orientována na jeden předmět a všechny ostatní podněty jsou upozaděny. Během meditace všímavosti není pozornost zaměřována na určitý podnět, ale je receptivní, otevřená jakékoliv zkušenosti (na tělesné, emocionální nebo kognitivní úrovni), která se v průběhu cvičení vynoří (Bishop et al., 2004).

Přijetí také znamená ochotu nechat naše prožitky být takové, jaké jsou, bez snahy je jakýmkoliv způsobem kontrolovat, ovlivňovat či měnit. Jak píše Hayes (2004, s. 21), zahrnuje postoj přijetí „vystavení se bez obran vlastním myšlenkám, pocitům a tělesným počitkům tak, jak jsou přímo prožívány“. Přijetí je opakem *prožitkového vyhýbání se* (experiential avoidance), tedy jevu, kdy „není jedinec ochotný zůstat ve spojení s určitými vnitřními zkušenostmi (např. tělesnými počitky, emocemi, myšlenkami, vzpomínkami, psychologickými predispozicemi) a jedná tak, aby změnil frekvenci či podobu těchto jevů nebo prostředí, ve kterém se objevují, a to i v případě, když toto jednání způsobuje zhoršení problémů“ (Hayes et al., 1996, s.1154).

Postoj přijetí by však neměl být zaměňován s pasivitou či rezignací (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Postoj přijetí je aktivní vytváření těsnějšího kontaktu s vlastními prožitky, ale bez přílišného zaujetí či ulpívání. Vytváří se tak prostor pro lepší pochopení toho, co se děje, takže jedinec může adekvátněji reagovat (Cardaciotto et al., 2008).



#### 4.4 Definování komponent všímavosti

V diskuzích o definici všímavosti se objevují otázky, zda by měla být všímavost definována pouze jako *zvýšené uvědomování si přítomnosti* (jednosložkové pojetí), anebo by měla být popisovaná jako spojení dvou složek – **uvědomování/pozornost** a **postoj přijetí**. Někteří autoři, jako např. [Brown a Ryan \(2003, 2004\)](#), považují explicitní definování složky přijetí za nadbytečné. Jelikož všímavost znamená receptivní uvědomování si všeho, co prožíváme, je její nezbytnou vlastností či podmínkou přijetí a otevřenost ke všem podnětům. Pokud jedinec něco neakceptuje, znamená to, že se snaží této své zkušenosti vyhnout či uniknout buď mentálně (přesměrováním pozornosti jinam, omezením uvědomování), či behaviorálně (změnou této zkušenosti), což je pravým opakem uvědomování si ([Brown & Ryan, 2004](#)). Navíc je všímavost definovaná jako prereflexivní vědomí, a tedy je v podstatě perceptuální a nehodnotící ([Brown & Ryan, 2003](#)).

Nicméně vztah mezi zvýšeným uvědomováním si a akceptací či nehodnocením toho, co je uvědomováno, není naprosto jednoznačný. V mnoha případech může být zvýšené uvědomění spojené s negativním, kritickým postojem, což má za následek řadu škodlivých psychologických důsledků ([Ingram, 1990](#)). Například panická porucha je často spojovaná se zvýšeným uvědomováním si fyziologických procesů, jako pocení či tlukot srdce ([Praško, 2002a](#)) a podobně zvýšená frekvence ruminací (zaměření na nepříjemné symptomy a možné příčiny a důsledky) udržuje a prodlužuje depresivní stav ([Nolen-Hoeksema, 1991](#)). Z tohoto důvodu se významná část autorů přiklání k dvousložkovému pojetí, ve kterém je explicitně zdůrazňován postoj přijetí jako druhá z klíčových komponent všímavosti, bez níž by byl terapeutický efekt sporný ([Cardaciotto et al., 2008](#)).

Dvousložkové pojetí všímavosti bývá nejčastější, existují však i modely vícesložkové. [Shapirová, Carlsonová, Astin a Freedman \(2006\)](#) například upřednostňují tříložkové pojetí všímavosti, ve kterém je všímavost tvořena vzájemně propojenými komponentami **pozornosti** (attention), **postoje** (attitude) a **záměru** (intention). Jejich model se od předchozích liší ve zdůrazňování intencionální stránky všímavosti. Podle těchto autorů ovlivňuje kvalitu a výsledky všímavosti také záměr (proč to člověk dělá) či motivace, s kterou je prováděna. Odvolávají se při tom také na [Kabat-Zinna \(1990\)](#), který píše, že záměr, s nímž jedinec přistupuje ke cvičení, rozhoduje o tom, čeho dosáhne. Intence v modelu všímavosti je také důležitá pro podtrhnutí toho, že stav všímavost nastává pouze tehdy, když je pozornost k vlastní zkušenosti *aktivně a záměrně* kultivovaná s otevřeným, nehodnotícím postojem k ní ([Bishop et al., 2004](#)).

Další autoři ve svých pracích popisují všímavost jako pojem skládající se ještě z více faktorů, a to buď ze čtyř ([Fletcher & Hayes, 2005](#)), pěti ([Baer et al., 2006](#)) anebo šesti ([Linehan, 1993a, b](#)) komponent.

[Fletcher a Hayes \(2005\)](#) vycházejí ve své definici všímavosti z teorie vztahových rámců (relational frame theory, RFT), která vznikla v rámci studia vztahu mezi jazykem a myšlením. Na základě této empiricky ověřené teorie vznikla terapie přijetí a angažovanosti (Acceptance and commitment therapy, ACT), která posiluje psychickou flexibilitu mimo jiné rozvíjením všímavosti. Všímavost je v tomto pojetí vnímána jako výsledek čtyř vzájemně propojených psychických procesů: přijetí, odstupu (defusion), kontaktu s přítomným okamžikem a rozpoznáním sebe jako nezaujatého pozorovatele (self-as-context). **Přijetí** (acceptance) je proces aktivního a vědomého přijímání intrapsychických prožitků tak, jak se vynořují, bez snahy měnit jejich podobu či frekvenci, a to obzvláště, pokud by taková snaha způsobila další psychickou újmu. **Odstup** (cognitive defusion) označuje změnu ve způsobu, jakým se člověk vztahuje k vnitřním obsahům, jako jsou myšlenky. Děje se to prostřednictvím technik, které snižují doslovnost nebo uvěřitelnost těchto obsahů. Depresivní pacient například může

myšlenku „Nejsem dost dobrý“ označit jako „Mám myšlenku, že nejsem dost dobrý“. **Kontakt s přítomným okamžikem** odkazuje na zaměření pozornosti na „tady a teď“. Znamená to neustálé nehodnotící spojení a popisování vnitřních (myšlenky, pocity a tělesné počitky) a vnějších podnětů (zvuky, pachy, zrakové počitky) a zahrnuje také pozorování svých reakcí na tyto podněty. **Rozpoznání sebe jako nezaújatého pozorovatele** (self-as-context) odkazuje na změnu perspektivy, kdy sebe jedinec vnímá jako pozorovatele nepřetržitě proudy prožitků, aniž by k nim byl jakkoliv připoután a který je tímto proudem nedotčen (Fletcher & Hayes, 2005; Hayes & Plumb, 2007).

Linehanová (1993a, b) ve své Dialektické behaviorální terapii (DBT) určené pro léčbu hraniční poruchy osobnosti, která vychází z tradiční kognitivně-behaviorální terapie, klade důraz na nácvik dovedností podporující interpersonální komunikaci, emoční regulaci a toleranci nepříjemných emocí. Klíčovou roli v terapii hraje všímavost, kterou Linehanová popisuje jako výsledek šesti tzv. všímavých dovedností (mindfulness skills). Jsou jimi tři dovednosti spojené s tím, co dělat („what“ skills) a tři dovednosti odkazující na způsob, jak to dělat („how“ skills). Mezi tři „co“ dovednosti patří **pozorování** (observing), tj. všímání si své intrapsychické zkušenosti, aniž by k ní byl jedinec připoután nebo do ní vtažen; **popisování** (describing), tj. označování a verbalizování vlastní zkušenosti; a **zúčastnění** (participating), tj. plné zapojení se do toho, co zažívám. Tři „jak“ dovednosti jsou **bez hodnocení** (nonjudgementally), tj. zaujmutí nehodnotícího postoje, zaměření se na „holá fakta“ a přijetí každého okamžiku; **jednomyslně** (one-mindfully), tzn. v jednu chvíli dělat pouze jednu věc, nerozptylované soustředění na jednu činnost; a **účinně** (effectively), tj. chování se v souladu s vlastními hodnotami a dlouhodobými cíli, dělat to, co je potřeba v konkrétní situaci (Linehan, 1993b; Lynch & Bronner, 2006).

Ke zkoumání složek všímavosti použili Baerová et al. (2006) faktorovou analýzu dostupných dotazníků všímavosti. Jelikož jednotlivé dotazníky vycházejí z různých konceptualizací všímavosti a jejích hlavních komponent, liší se také podstatně jejich faktorová struktura. Baerová s kolegy se pokusila o syntézu těchto odlišných přístupů a tím o odhalení složek všímavosti podpořených širším konsenzem. Sloučením položek ze všech dostupných dotazníků všímavosti a následnou důkladnou faktorovou analýzou odhalila pět složek nebo aspektů všímavosti. Jsou jimi **pozorování** čili bdělá pozornost k tomu, co se právě odehrává, **popisování**, tj. schopnost vložit své pocity, myšlenky či představy do slov, **vědomé jednání**, schopnost být plně svou pozorností u činnosti, kterou právě dělám, **nehodnocení intrapsychických prožitků** čili zaujmutí nehodnotícího postoje k vlastním myšlenkám a pocitům, a **nereagování na vynořující se prožitky**, tedy schopnost nenechat se unést či se zaplést do myšlenek a emocí. Jak autoři podotýkají, je jejich model konzistentní s dvousložkovým pojetím všímavosti (awareness a acceptance), kde aspekty pozorování a vědomého jednání odpovídají komponentě vědomí a aspekty nehodnocení a nereagování komponentě přijetí (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006).

### 4.5 Uvědomování si a pozornost v definici všímavosti

Při popisu všímavosti je třeba vymezit dva pojmy, které se v souvislosti s jejím definováním objevují, a to pozornost (attention) a uvědomění (awareness)<sup>2</sup>. Ačkoliv někteří

<sup>2</sup> V angličtině publikované odborné publikace používají pro označení vědomí několik odlišných termínů, které nemají v češtině odpovídající ekvivalenty. Pojem **consciousness** znamená vědomí v nejobecnějším slova smyslu. Zároveň etymologicky (z lat. con sciencia – spoluvědění) odpovídá spíše reflektujícímu vědomí („vědomí o vědomí“), které představuje fylogeneticky i ontogeneticky vyšší vývojový stupeň vědomí, vyžadující komplexní neurální funkční systémy zahrnující paměť a kognitivní procesy. Pojem **awareness** se do češtiny překládá také

autoři popisují všímavost jako regulaci pozornosti (Bishop et al., 2004; Astin, 1997), jiní upozorňují na to, že pojem uvědomění (awareness) je adekvátnější (Cardaciotto, 2005). Velká část autorů používá oba termíny téměř jako synonyma bez jasného vymezení. Je zřejmé, že je třeba v definici všímavosti explicitně identifikovat oba tyto pojmy, abychom mohli pochopit jejich vzájemný vztah a roli, jakou hrají v procesu všímavosti.

**Vědomí** (awareness) je subjektivní zažívání interních a externích jevů, je to holé vnímání pole jevů v daném okamžiku (Brown & Ryan, 2004). Může být také chápáno jako jakýsi radar neustále monitorující vnitřní a vnější prostředí. **Pozornost** je aktivní, výběrový proces zaměření, zúžení a zintenzivnění vědomí na omezený rozsah stimulů (Nakonečný, 1998a).

Zdá se však, že popis všímavosti jako neselektivního pozorování čehokoli v poli vědomí není konzistentní se záměrnou regulací vědomí (jako je tomu u pozornosti). Zvýšená citlivost k omezenému rozsahu podnětů znamená, že podněty mimo oblast tohoto rozsahu jsou ignorovány či přehlíženy. Jedinec tedy nemůže být zároveň otevřen celé škále podnětů a současně určitým způsobem usměrňovat a omezovat pole vědomí (Brown & Ryan, 2004; Cardaciotto, 2005).

Pozornost je však komplexní psychologický konstrukt a jako takový má mnoho podob a charakteristik. Zmiňovaný nesoulad mezi vědomím a pozorností v definicích všímavosti může být překonán, pokud všímavost porovnáme s určitými stavy pozornosti.

Soustředění pozornosti nemusí například nutně znamenat vyřazení nějakých podnětů z jejího dosahu. Pozornost je charakterizovaná mimo jiné svým rozsahem, od zúžené pozornosti na jeden podnět (koncentrace) po difúzní pozornost široké škály podnětů. Druhý případ nastává například v případě orientačně-pátracího reflexu, v kterém pozornost monitoruje různé aspekty okolí s cílem identifikace případných ohrožujících signálů. Všímvost může být popsána jako difúzní pozornost širokého rozsahu podnětů a taková konceptualizace zmírňuje rozpor mezi vědomím a pozorností v definicích všímavosti.

Dále má vědomá pozornost tři hlavní funkce: detekuje signály, je selektivní a umožňuje dělení pozornosti (Sternberg, 2002). Všímvost se týká především první funkce. Detekce signálu znamená bdělost k prostředí a připravenost registrovat určité podněty, které se objevují nepředvídatelně (alerting). Tato otevřenost pozornosti může být přirovnána k pozornosti lovce, který bedlivě sleduje celé své okolí, připraven reagovat na podněty jakéhokoliv druhu. Někdy je takový druh pozornosti označován jako „odzdola nahoru“ nebo podněťově řízený (stimulus-driven) a jeho opakem je pozornost řízená vyššími funkcemi („odshora dolů“). První případ odpovídá receptivní pozornosti, druhý záměrné, soustředěné pozornosti (Jha et al., 2007). Koncept všímavosti je konzistentní s receptivní pozorností. To dokazují výzkumy, ve kterých je všímavost spojena právě s lepšími výsledky v úkolech vyžadujících receptivní pozornost (Valentine & Sweet, 1999; Jha, Krompinger & Baime, 2007).

Všímvost bývá dávána do protikladu ke koncentraci, což potvrzují i neurobiologické studie (Dunn, Hartigan & Mikulas, 1999). Zatímco v koncentrované pozornosti je vědomí omezeno na úzký okruh podnětů, všímavost znamená vědomí celé škály možných podnětů, interoceptivních i exteroceptivních (Baer, 2003). Jak však upozorňují někteří autoři, jsou při výcviku všímavosti (meditace) uplatněny oba procesy. V počátečních stádiích se rozvíjí schopnost soustředění pozorováním dechu, později se rozvíjí otevřená, receptivní pozornost. Tento postupný model vychází z pochopení toho, že bez schopnosti udržet pozornost na přítomném okamžiku po delší časový úsek se jedinec může během následné praxe

---

jako vědomí nebo uvědomování. Tento pojem se vztahuje k primární funkci vědomí („být si vědom“), která je popisována jako reflektor, osvětlující jeviště psychiky. Jelikož se jedná o holé uvědomění, vztahuje se k prereflexivnímu vědomí, které je fylogeneticky a ontologicky primární. Další termín je **alertness**, který popisuje vědomí ve smyslu bdělosti neboli jako opak spánku.

#### 4 Přehled definic a konceptualizací konceptu všímavosti

receptivního uvědomování lehce ztratit v představách, myšlenkách a emocích. Tento následný model potvrzuje také výzkum [Jha a kolegů \(2007\)](#), kteří studovali vliv meditace všímavosti na subsystémy pozornosti, vztahující se jak k soustředěné, tak k receptivní pozornosti. Přičemž v pokročilých stádiích jsou více zapojeny cerebrální okruhy spojené s receptivní pozorností.

Ačkoliv tedy není koncentrace primární charakteristikou všímavosti, je s ní často spojovaná, jelikož je v průběhu formálního nácviku také rozvíjena. Ostatně posílení koncentrace má své terapeutické účinky a v tomto duchu její rozvoj zařazují [Segal a kolegové \(2002\)](#) mezi základní dovednosti v kognitivní terapii založené na rozvíjení všímavosti.

Že by pozornost měla být součástí definice všímavosti, také vyplývá z toho, že důležitou charakteristikou všímavosti je orientace na přítomnost. Již samotná orientace nebo zaměření představuje určitou regulaci pozornosti. Buď může být pozornost ponořena v myšlenkách, vzpomínkách či fantaziích, anebo může být záměrně a aktivně směřovaná k aktuální činnosti nebo momentálním prožitkům.

Zdá se nám odpovídající chápat vědomí a pozornost jako vzájemně související koncepty, které mají oba explanační hodnotu v definici všímavosti. Termín vědomí více poukazuje na neselektivnost, difúznost či indiferenci vědomí, zatímco termín pozornost souvisí s regulací vědomí na přítomný okamžik. V tomto směru nám nejvíce adekvátní přijde definice zahrnující oba termíny, jako ta navržená [Brownem a Ryanem \(2003\)](#), kteří popisují všímavost jako „zvýšenou pozornost a uvědomování si momentálních prožitků nebo přítomné skutečnosti“ (s.822).

**Tabulka 1. Definice všímavosti**

Psychologická literatura	
<a href="#">Baer (2003), s. 125</a>	Všímavost je nehodnotící pozorování probíhajícího proudu vnitřních a vnějších podnětů tak, jak vyvstávají.
<a href="#">Brown &amp; Ryan (2003), s.822</a>	Všímavost je stav, ve kterém si člověk uvědomuje a je pozorný k tomu, co se děje v přítomném okamžiku. Zvýšená pozornost a uvědomování si momentálních prožitků nebo přítomné skutečnosti.
<a href="#">Kabat-Zinn (1990)</a>	Všímavost je nehodnotící uvědomování si okamžiku za okamžikem.
<a href="#">Kabat-Zinn (1996), s. 22</a>	Určitý způsob udržování pozornosti: záměrně, v přítomném okamžiku a bez hodnocení
<a href="#">Kabat-Zinn (2003), s.145</a>	Uvědomování si, které vyvstává záměrným, nehodnotícím zaměřením pozornosti v přítomné chvíli na odvíjející se zkušenost okamžik za okamžikem.
<a href="#">Bishop et al. (2004), s.232</a>	Navrhujeme dvousložkový model všímavosti. První složka zahrnuje regulaci pozornosti takovým způsobem, že je udržovaná na bezprostředních prožitcích, což umožňuje

#### 4 Přehled definic a konceptualizací konceptu všímavosti

	zvýšené rozpoznání psychických jevů odehrávajících se v přítomném okamžiku. Druhá složka zahrnuje zaujetí specifického postoje vůči vlastním prožitkům v přítomném okamžiku, který je charakterizovaný zvědavostí, otevřeností a přijetím.
Epstein (1995)	Dávat okamžik za okamžikem bedlivý pozor na to, co právě teď prožíváte, a rozlišovat vaše reakce od hrubých senzorických vjemů.
Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra & Farrow (2008), s. 205	Sklon být si plně vědom vlastní vnitřní i vnější zkušenosti v kontextu přijímajícího, nehodnotícího postoje k této zkušenosti.
Hayes & Wilson (2003), s.163	Sada technik (neboli metoda) určená k podpoření záměrného, nehodnotícího spojení s událostmi, které jsou teď a tady.
Frýba (2003), s.17	Všímavost ( <i>sati</i> ) je více než pouhá pozornost a vnímání. Je nepřetržitou ostražitostí mysli neboli souvislou duchapřítomností. <i>Sati</i> spočívá v plynulém všímání, v neselektivním pojmání a zaznamenávání skutečných dějů a v nic nevyřazujícím zapamatovávání si toho, co se skutečně událo. Všímavost se vždy vztahuje na celé pole našeho zážitku skutečnosti zde a nyní.
Marlatt & Kristeller (1999), s.68	Být plně všímavý znamená být si plně vědom celé škály prožitků odehrávajících se tady a teď. Je to vnášení plné pozornosti do přítomné zkušenosti okamžik za okamžikem... [, které] je založeno na postoji přijetí.
Martin (1997), s. 291	Stav psychické svobody, který nastává, pokud pozornost zůstává tichá a pružná bez připoutání k nějakému určitému úhlu pohledu.
Germer (2005a), s.7	Uvědomování si přítomných prožitků s postojem přijetí.
Fletcher & Hayes (2005), s. 322	Objektivní, přijímající a otevřený kontakt s přítomným okamžikem a v něm se objevujícími vnitřními prožitky jako vědomá lidská bytost, prožitkově oddělená od vnímaného obsahu.
Linehan (1993), s. 144	Záměrný proces pozorování, popisování a podílení se na skutečnosti, a to bez hodnocení, se zaměřením na přítomnost, a efektivně.



#### 4 Přehled definic a konceptualizací konceptu všímavosti

Langer & Moldoveanu, (2000b), s.1-2	Proces vytváření originálních kategorií. Nezáleží na tom, zda rozdíly, kterých si všimneme, jsou důležité či nikoliv, dokud jsou nové pro pozorovatele. Aktivní vytváření těchto kategorií nás udržuje v přítomnosti. Díky tomu si také lépe uvědomujeme kontext a perspektivu našich činů, než když se spoléháme na kategorie vytvořené v minulosti.
Horowitz (2002), s. 125	Pozornost k prožívaným vlastnostem sebe v přítomné chvíli a místě, spíše než zaobírání se tím, co se stalo v minulosti, nebo představami o budoucnosti.
Wells (2005), s. 340	Stav uvědomování si intrapsychických jevů bez reagování na ně hodnocením, snahou o jejich ovládnutí či potlačování, anebo behaviorální reakcí.
<b>Buddhistická literatura</b>	
Nyanaponika (1995), s.39	...jasné a jednoduché uvědomění si toho, co se v nás během procesu vnímání doopravdy odehrává, okamžiku za okamžikem.
Goldstein & Kornfield (1997), s. 98	Všímavost znamená všímat si věcí tak, jak skutečně jsou, přímo a bezprostředně si uvědomovat to, co je přítomné a pravé, skutečné. Pravá všímavost má kvalitu plnosti a opravdovosti, jde o vnášení celého srdce a mysli, plné pozornosti, do každého okamžiku vědomí.
Hanh (1976), s. 11	Udržování živoucího vědomí přítomné skutečnosti.

## 5 Zařazení všímavosti v rámci psychologické teorie a úrovně analýzy

V předchozí kapitole jsme ukázali, že nepanuje shoda ohledně klíčových charakteristik a hlavních složek všímavosti, a také, že neexistuje obecně přijímaná operacionální definice. Kromě toho je navíc pojem všímavosti nejednotně a nejednoznačně používán pro popis zcela odlišné kategorie jevů. Pokud mluvíme o všímavosti, je třeba si ujasnit, o jaký psychický fenomén se vůbec jedná. Hayes a Wilson (2003) poznamenávají, že v tomto směru panuje v odborné literatuře určitá nejednoznačnost: „někdy je všímavost chápána jako technika, někdy jako obecný soubor technik neboli metoda, někdy jako psychologický proces s určitými výsledky a jindy jako samotný výsledek“ (s.161). Jak uvádí Germer (2005a), může být pojem všímavost (mindfulness) použit k popisu teoretického konstruktu (všímavost), k označení nácviku rozvíjení všímavosti (např. meditace všímavosti), anebo k psychologickému procesu (být všímavý). O všímavosti se mluví jako o dovednosti (Linehan, 1993), rysu osobnosti či psychické dispozici (Brown & Ryan, 2003), metakognitivním vědomím nebo meta-uvědoměním (meta-awareness; Teasdale, 1999) či o kognitivním stylu (Sternberg, 2000).

Značná nejasnost panuje v pojetí všímavosti jako psychického stavu či jako určité **techniky či metody**. Všímavost bývá často ztotožňovaná s technikami, které tento stav rozvíjejí, a to především s meditací všímavosti. Toto zmatení pochází z původních buddhistických kořenů tohoto konceptu. V buddhismu byl koncept všímavosti neodlučně spojen s meditačními technikami podporující rozvoj a prohloubení stavu všímavosti. Jelikož je tato meditace často považována za základní metodu k navození všímavosti, je často v odborné literatuře i v empirických výzkumech pojem všímavosti ztotožňován s tímto druhem meditační praxe. Tyto meditační techniky byly v různé podobě úspěšně aplikovány v klinickém prostředí v podobě terapeutických programů, představovaných především strukturovaným terapeutickým Programem snižování stresu pomocí nácviku všímavosti (MBSR, Mindfulness-based Stress Reduction, Kabat-Zinn, 1990). V pracích hlavního tvůrce tohoto programu a nadšeného propagátora všímavosti v psychoterapii, Jona Kabat-Zinna, bývá pojem všímavosti používán jak pro popis psychického stavu, tak pro označení meditace všímavosti. MBSR se stal modelem a vzorem pro další směry a techniky a velká část výzkumu efektivity všímavosti je založena právě na působení MBSR (potažmo meditace všímavosti) a jeho variací na psychické zdraví. Proto je tendence vzájemné zaměnitelnosti pojmu všímavosti jako psychického stavu a jako techniky meditace patrný i v pracích dalších autorů (např. Bishop et al., 2004).

Jak však upozorňují Hayes a Shenk (2004), může ztotožňování všímavosti jako stavu s meditací všímavosti omezit možnosti využití všímavosti v terapii. Jestliže má všímavost pozitivní vliv na duševní zdraví, je podstatný stav všímavosti, nikoliv způsob, kterým je docílen. Takto může, a také existuje, řada způsobů mimo meditaci všímavosti, které mohou vyvolávat nebo rozvíjet stav všímavosti. Na druhou stranu má tato vzájemná zaměnitelnost všímavosti s meditací všímavosti také pragmatické výhody. Ačkoliv přesně nerozumíme tomu, jak stav všímavosti působí v léčbě různých poruch, můžeme s ohledem na desítky publikovaných výzkumů říci, že konkrétní techniky rozvíjení všímavosti (např. meditace) jsou v psychologické léčbě účinné (Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; Teasdale et al., 2000). Je možné, že účinným faktorem může být jiný aspekt těchto technik, který nám není doposud znám. Proto má smysl zkoumat účinnost určité techniky, spíše než nějakého hypotetického stavu.

Jinou nejednoznačností je také pojetí všímavosti jako psychického stavu nebo jako dlouhodobějšího rysu osobnosti (Cardaciotto, 2005). Ačkoliv někteří autoři (Brown & Ryan, 2003; Bishop et al., 2004) polemizují o tom, zda by měla být všímavost definovaná jako stav, nebo jako rys, podle našeho mínění se tyto dvě kategorie nevylučují - dispozice jsou ostatně dlouhodobá tendence či sklon k určitým psychickým stavům. Tato odlišná pojetí jsou jen různé úhly pohledu či úrovně analýzy a každá perspektiva má své přínosy pro pochopení všímavosti. Stejně jako jiné psychické fenomény můžeme všímavost analyzovat na úrovni procesuální (jako v čase probíhající sled psychických jevů), dále na úrovni stavu (jako relativně stále psychické nastavení nebo mód) i na úrovni dispoziční (jako vnitřní předpoklady reagovat určitým způsobem).

Všímavost je především **stav vědomí** (Brown & Ryan, 2003), který se vyznačuje určitými charakteristikami. Pozornost a uvědomování si přítomného okamžiku jsou charakteristické pro každého člověka, ale tyto charakteristiky mají značnou intraindividuální variabilitu – od stavů zvýšené jasnosti a vnímavosti až ke stavům automatického a habituálního myšlení či reagování.

Zároveň se na všímavost můžeme také dívat z dlouhodobější perspektivy jako na psychickou **dispozici**, tedy jako na obecnou tendenci být všímavý v běžném životě, která je odlišná u každého jednotlivce (Brown & Ryan, 2003). Relativně stále způsoby chování bývají také označovány jako **rysy** (Nakonečný, 1998b). Toto pojetí vnáší do výzkumu diferenciální stanovisko, ve kterém můžeme sledovat interindividuální rozdíly v tom, jak často a do jaké míry jsou lidé pozorní k tomu, co se právě odehrává, a nakolik si momentální zkušenost uvědomují. Sledování interindividuálních rozdílů je obzvláště cenným zdrojem informací o povaze všímavosti. K zachycení individuálních rozdílů jsou určeny některé dotazníkové metody, ve kterých lidé hodnotí míru vlastní všímavosti odpověďmi na behaviorálně orientované otázky.

Jelikož jde v empirickém psychologickém výzkumu především o hlubší pochopení určitých jevů a jejich podstaty, je v něm více uplatněno **procesuální** stanovisko. Z tohoto úhlu pohledu je věnována pozornost charakteristikám jednotlivých psychických procesů a jejich změnám v průběhu času (např. před a po intervenci). V případě všímavosti jsou výzkumy zaměřeny hlavně na změny v kognitivních procesech (především pozornosti) způsobené zvýšenou všímavostí (např. Anderson et al., 2007; Jha, Krompinger & Baime, 2007; Chambers, Lo & Allen, 2008). Procesuální pojetí všímavosti má tedy velikou teoretickou a heuristickou hodnotu.

V průběhu života se působením životní zkušenosti a vlivem učení rozvíjí schopnost navodit stav všímavosti. Někdy se o všímavosti hovoří jako o **schopnosti nebo dovednosti**, kterou lze určitým způsobem posilovat či kultivovat. Marsha Linehanová (1993a, 1993b) například hovoří o šesti základních všímavých dovednostech (mindfulness skills), které mohou být systematicky rozvíjeny a nacvičovány. Takto pojatá všímavost má důležité klinické důsledky, jelikož definování těchto konkrétních dovedností může vést k vytvoření technik, které je rozvíjejí.

Všímavost je také pojímána jako **kognitivní styl** (určitý způsob zpracování a používání informací (Nakonečný, 1998b)), který je jakousi styčnou plochou mezi osobností a kognitivními procesy. Hlavním představitelem tohoto pojetí všímavosti je R. Sternberg (2000), který upozornil na podobnost sociálně-psychologické definice všímavosti E. Langerové (1989) s kognitivními styly. Toto pojetí se zajímá o charakteristiky kognitivních procesů typických pro všímavost, které se vyznačují otevřeností k novým pohledům, uvědomováním si rozdílů a různých úhlů pohledu, citlivostí ke kontextu a orientací na přítomnost.



## 6 Definice všímavosti

Abychom se v naší práci mohli odvolávat na pojetí všímavosti vycházející z konsenzu různých přístupů, rozhodli jsme se o integraci různých definic v podobě naší vlastní definice. V naší definici vycházíme z rozsáhlého studia odborné literatury. Při jejím koncipování jsme byli vedeni snahou o postihnutí základních charakteristik všímavosti, na kterých se shodne většina současných autorů, se zachováním jasnosti, stručnosti a výstižnosti. Zohledňovali jsme při ní klinicko-psychologické definice, jelikož tato oblast je hlavním předmětem této práce.

„**Všímavost** je nekonceptuální a jasné uvědomování si a pozorování proudu intrapsychických a senzorických podnětů, odehrávající se v přítomném okamžiku s postojem přijetí, nehodnocení a otevřenosti.“

Toto je obecná definice všímavosti, která se vztahuje na všímavost v rozličných kontextech a v rámci rozmanitých aplikací. Specificky je proces všímavosti popisován při meditaci všímavosti, což je metoda určená ke kultivaci a rozvíjení všímavosti. Charakteristické pro meditaci všímavosti je např. záměrné nereagování na podněty, ať už mentálně (např. analyzováním, potlačováním, změnou jejich obsahu) anebo behaviorálně (protažením, poškrábáním apod.) a také monitorování výkyvů pozornosti.

„**Meditace všímavosti** je soubor technik založených na záměrném bedlivém pozorování různých aspektů zvoleného objektu pozornosti (senzorické vjemy či intrapsychické procesy) se záměrným omezením jejich dalšího kognitivního zpracování (analýza, evaluace) a behaviorálních reakcí na vnímané podněty. Předmětem pozorování jsou také nevyhnutelné oscilace pozornosti, které jsou pouze nezaujatě registrovány, a následně je pozornost navrácena zpět k primárnímu objektu pozornosti.“

Meditace všímavosti je cvičení prováděné ve vymezeném čase a za příhodných okolností (bez rušení vnějšími činiteli). Zapojit všímavost do běžného života lze i v rámci každodenních činností a povinností. Všímavé jednání se na rozdíl od meditace nevyznačuje omezením činnosti psychické ani tělesné, ale věnováním plné pozornosti těmto činnostem a jejich různým aspektům (často senzorické vjemy vznikající při činnosti) a omezením nesouvisejících myšlenek či fantazií.

„**Všímavé jednání** se vyznačuje plným věnováním pozornosti a ponořením se do jedné činnosti bez rozptylování nesouvisejícími myšlenkami či představami a zároveň psychickou flexibilitou a otevřeností vůči různým aspektům této činnosti, zaměřením se na činnost spíše než na její výsledky.“

## 7 Vlastnosti všímavosti

### 7.1 Poznámky k vlastnostem všímavosti

V předchozí kapitole jsme načrtli základní vymezení všímavosti. Vlastností všímavosti bylo však identifikováno v literatuře podstatně více. Všechny tyto vlastnosti jsou spolu vzájemně propojené a ovlivňují jedna druhou. Proto se také popisy těchto vlastností vzájemně překrývají a samotné rozdělení na jednotlivé vlastnosti je víceméně arbitrární.

Všímavost je především psychický stav (Brown & Ryan, 2003), tedy určité relativně stálé nastavení psychiky, vyznačující se určitými charakteristikami. V této kapitole se zaměříme na tyto charakteristiky. Na začátku je třeba dodat, že se tyto vlastnosti mohou objevovat v určité míře na základě osobních dispozic a především výcviku v jejich rozvíjení.

V průběhu tréninku všímavosti jsou tyto aspekty všímavosti cíleně kultivovány a rozvíjeny celou řadou různých technik a cvičení. Některé z nich jsou zaměřené na určitý aspekt všímavosti, jiné rozvíjejí vícero z nich. Podobně je při terapeutickém využití všímavosti u různých diagnóz a různých přístupů podporován více určitý aspekt než jiný. Například při léčbě závislosti je zdůrazňován odstup a nereagování na impulzy k zneužití návykových látek, u generalizované úzkostné poruchy zaměření na přítomnost oproti obavám z budoucnosti.

Následující vlastnosti všímavosti byly vybrány na základě studia literatury. Je třeba říct, že všímavost jako psychický stav představuje jednotný fenomén, nedělitelný na elementy. Z didaktického hlediska však můžeme vymezit určité charakteristiky, ty jsou však vždy vzájemně propojené a představují jen jiné úhly pohledu na jednu věc. Je nutno dodat, že každý z autorů zdůrazňuje jinou vlastnost, jiné považuje za sekundární či irelevantní. Někteří autoři například poukazují na to, že některé aspekty všímavosti je lepší chápat spíše jako následek rozvíjení všímavosti (Bishop et al., 2004). V tomto směru například Brown a Ryan (2003) navrhuje chápat postoj přijetí nikoliv jako složku všímavosti, ale jako výsledek všímavé meditační praxe. Podle Kabat-Zinna (1990) však není kauzalita mezi všímavostí a jejími výsledky jednoduše lineární, ale spíše cirkulární – jednotlivé elementy se navzájem ovlivňují a proto neexistuje jednoznačné rozdělení na příčinu a důsledek.

Všímavost je celostní stav. Jednotlivé aspekty jsou od sebe neoddělitelné, ale zároveň jedna vlastnost automaticky neimplikuje jinou. Uvědomění může být například přítomné bez přijetí jako v případě sebekritického hodnocení určitého vlastního povahového rysu. Podobně uvědomění může být ponořeno v minulosti místo přítomnosti jako v případě ruminací. A stejně tak může být člověk orientován na přítomnost bez dostatečného uvědomění, jako je tomu při intoxikaci (Germer, 2005a). Každá vlastnost je proto podstatná pro plnou všímavost.

Tento přehled se snaží pokrýt co nejširší spektrum popisovaných vlastností všímavosti, které se v odborné literatuře objevují, a proto jsme do níže uvedených charakteristik zahrnuli i takové, které mohou být považované za sekundární.

Jednotlivé charakteristiky všímavosti se také projevují v odlišné míře či kvalitě. Vlastnosti všímavosti jsou níže popsány v jejich plné podobě, která bývá dosahována až po dlouhodobé praxi. V běžném životě se jednotlivé aspekty všímavosti v plném rozsahu projevují méně. Některé rysy mohou být také více rozvinuté než jiné.

## 7.2 Stručný přehled vlastností všímavosti

Jako osnovu jsme použili naši definici všímavosti, která obsahuje šest základních charakteristik či vlastností všímavosti:

„Všímavost je 1) nekonceptuální a 2) jasné 3) uvědomování si a pozorování 4) proudů intrapsychických a senzorických podnětů, 5) odehrávajícího se v přítomném okamžiku, 6) s postojem přijetí, nehodnocení a otevřenosti.“

Tato definice v sobě ve shodě s dalšími autory (Bishop et al. , 2004; Cardaciotto et al., 2008) zahrnuje dvě hlavní komponenty, a to *vlastnosti vědomí / pozornosti* a *postojové charakteristiky*. Na základě této definice zde nejdříve prezentujeme stručný přehled základních charakteristik všímavosti.

### I) VĚDOMÍ / POZORNOST (awareness / attention)

#### 1) Nekonceptuální = nekonceptuální zpracování podnětů

- *Nekonceptuální zpracování podnětů* – nízká úroveň analytického a pojmového posuzování (Brown, Ryan & Creswell, 2007; Wells, 2005; Germer, 2005a).
- *Prerexivní, pre- nebo parakonceptuální, čisté vědomí* – vědomí předcházející pojmovému zpracování (Brown & Ryan, 2003; Marcel, 2003; Shear & Jevning, 1999).
- *Deautomatizace* - inhibice automatického habituálního způsobu percepčního zpracování (Deikman, 1982).
- *Fenomenologický přístup* – fenomenologická redukce, vnímání věcí samých (Husserl, 1968). Myšlenky a emoce jsou vnímány jen jako jevy, fenomény (Segal, Williams & Teasdale, 2002).
- *Empirický přístup k realitě* - zaměření na vnímanou skutečnost, na fakticky se odehrávající jevy, odložení rozumového zpracování podnětů (Brown, Ryan & Creswell, 2007).
- *Zážitková (experiential) orientace* - zaměření na právě prožívanou zkušenost.
- *Snížení vnitřního monologu a ruminací* - uvědomování si bez zahlcení myšlenkami (vzpomínání, plánování, uvažování; Leary & Tate, 2007).
- *Neverbální* – omezení zpracování zkušenosti na základě kategorií a pravidel vycházejících z jazyka (Germer, 2005a).

#### 2) a jasné = zvýšená kvalita vědomí a pozornosti

- *Zvýšená lucidita vědomí* – zvýšená jasnost a ostrost pozornosti a vědomí (Brown, Ryan & Creswell, 2007).
- *Flexibilita pozornosti* – neulpívání na konkrétních předmětech, volnost a uvolněnost v přesunu pozornosti (Martin, 1997).
- *Vytrvalá vigilance* – zvýšená schopnost udržet pozornost bdělou po delší časový úsek (Valentine & Sweet, 1999).

#### 3) uvědomování si a pozorování

- *Regulace pozornosti* - takovým způsobem, že je udržovaná na bezprostředních prožitcích (Bishop et al. 2004).

- *Receptivní uvědomování / pozornost*- otevřené a neselektivní uvědomování si probíhajících jevů a prožitků (Brown & Ryan, 2004).
- *Rovnováha koncentrace a receptivní pozornosti* - podpora soustředění pozornosti v raných fázích výcviku a receptivní pozornosti v pokročilých (Jha et al., 2007).

#### 4) proudy intrapsychických a sensorických podnětů

- *Meta-uvědomování* - uvědomování si intrapsychických jevů (myšlenek, emocí, pocitů; Teasdale et al., 2002).
- *Dezidentifikace s psychickými obsahy* - vnímání myšlenek jako psychických jevů, nikoliv jako nezbytně správný popis reality (Segal, Williams & Teasdale, 2002; Hayes & Plumb, 2007; Fletcher & Hayes, 2005).
- *Observující postoj* - vnímání toku prožitků bez připoutanosti či vtažení do něj a bez snahy jej ovlivnit (Linehan, 1993b).
- *Objektivizace myšlenek* - objektem pozornosti jsou myšlenky samotné, nikoliv objekt myšlenek čili jejich obsah (Wallace, 1999).
- *Kontakt s tím, co prožívám, zúčastněnost* - neustálý kontakt nebo vztah k tomu, co prožívám, uvědomování si více důvěrně tělesných i psychických pocitů (Hayes & Plumb, 2007; Linehan, 1993b; Lynch & Bronner, 2006; Germer, 2005a).
- *Snížené vědomí sebe* - vnímání sebe jako procesu čili jako toku intrapsychických obsahů, opuštění představy sebe jako něčeho stálého v čase (Hayes & Plumb, 2007).

#### 5) odehrávající se v přítomném okamžiku

- *Zaměření na přítomnost* – orientace pozornosti na intrapsychické a sensorické podněty vyvstávající v přítomném okamžiku (Kabat-Zinn, 1990; Germer, 2005a; Brown, Ryan & Creswell, 2007).
- *Prožívání tady a teď* – prožívání aktuálních, momentálních zážitků místo zatoulávání se v mysli k minulosti či k budoucnosti.

## II) POSTOJ (attitude)

#### 6) s postojem přijetí, nehodnocení a otevřenosti

- *Přijetí* - aktivní a vědomé přijmutí intrapsychických prožitků bez snahy změnit jejich četnost či podobu (Hayes, 2004; Kabat-Zinn, 1990).
- *Neusilování* - nesnažení se dělat nebo uvědomovat si něco konkrétního, snášení i nepříjemných pocitů bez okamžité automatické reakce (Kabat-Zinn, 1990).
- *Nehodnocení* - uvědomování si přicházejících podnětů bez vytváření hodnotících soudů o nich (Kabat-Zinn, 1990; Germer, 2005a).
- *Nepřipoutanost* - pozornost je volná a pružná, nepřipoutaná k nějakému konkrétnímu jevu či úhlu pohledu (Martin, 1997; Wells, 2005; Kabat-Zinn, 1990; Brown, Ryan & Creswell, 2007).
- *Zvědavost* - zájem o prozkoumávání různých úrovní vnímání a různých prožitků (Germer, 2005a).

### 7.3 Vlastnosti vědomí a pozornosti

První hlavní komponentou všímavosti je bdělé a jasné uvědomování si jevů odehrávajících se v přítomném okamžiku.

#### 7.3.1 Nekonceptuální, neanalytické vědomí

Všímavost se vyznačuje především **nekonceptuálním zpracováním podnětů**. Všímavost znamená bedlivé sledování jevů vstupujících do pole vědomí (jako jsou vjemy, myšlenky, emoce), aniž by byly dále analyzovány, interpretovány, rozebírány či hodnoceny. Někdy bývá všímavost také popisována jako prostá pozornost, kdy je proces pozornosti „omezen na prosté zaznamenávání pozorovaných faktů, aniž by na ně člověk reagoval jakýmkoli činem, slovem nebo myšlenkovým komentářem, ..., jejich hodnocením nebo úvahou o nich“ (Nyanaponika, 1995, s. 39).

Běžné zpracování podnětů probíhá zcela automaticky a nevědomě. Neustále hodnotíme, srovnáváme, posuzujeme, kategorizujeme a jinak zpracováváme podněty, a to na základě již vytvořených kategorií, schémat a mentálních reprezentací (Sternberg, 2002). Samotné naše vnímání je podmíněno našimi kognitivními schématy, přesvědčeními či očekáváními. Svět, ve kterém žijeme, nikdy nevnímáme takový, jaký je, ale neustále ho nevědomě vytváříme.

Na rozdíl od běžného vnímání jsou objekty, které se stávají cílem všímavé pozornosti, vnímány takové, jaké jsou, bez dalšího nálepkování či kategorizace. Jedná se o vnímání samo o sobě, bez zapojení kategorií, které běžně používáme, abychom dali smysl tomu, co vnímáme nebo zažíváme. Místo označování toho, co prožíváme na základě schémat a konceptů vytvořených v minulosti, je věnována pozornost perceptuálním charakteristikám podnětu. Například místo označení nějakého zvuku jako kýchání či vrzání židle, jsou sledovány elementární zvukové počítky, jako zabarvení zvuku, výška tónu nebo hlasitosti. Podobně nejsou vizuální vjemy označovány jako stromy či auta, ale jsou vnímány na úrovni změn barev, tvarů, jasů apod. (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Takové čisté vědomí je přirovnáváno k vyleštěnému zrcadlu, které pouze odráží to, co je před ním, bez zkreslení předsudků, filtrů a modelů založených na minulé zkušenosti (Brown & Ryan, 2003). Takové uvědomování bez zapojení kognitivních funkcí může být také popsáno jako perceptuální nebo prereflexivní vědomí (Brown & Ryan, 2003), pre- nebo parakonceptuální vědomí (Marcel, 2003) nebo jako čisté vědomí (Shear & Jevning, 1999). Ve všech případech se jedná o vědomí předcházející pojmovému zpracování, které je prostým zobrazením toho, co se děje, bez vytváření sémantického, syntaktického či jiného kognitivního popisu reality.

Jelikož se během všímavosti zvědomují automatické kognitivní procesy a tím se snižuje jejich vliv na vnímání, bývá používán termín **deautomatizace** (Safran & Segal, 1990; Deikman, 1982). Deikman (1982) popisuje deautomatizaci jako „pozastavení automatických procesů, které ovládají vnímání a myšlení“ (s.137). Safran a Segal (1990) definují deautomatizaci jako „zvolnění habituálního způsobu percepčního zpracování a zvýšení pozornosti k nepatrným detailům, které by jinak pozornosti unikly“ (s.103). Některé výzkumy ukazují, že všímavost skutečně snižuje automatickou interferenci pojmového myšlení s vnímáním, což se projevuje inhibicí Stroopova efektu<sup>3</sup> (Wenk-Sormaz, 2005) nebo lepším

<sup>3</sup> Ve Stroopově testu má jedinec za úkol pojmenovat barvu, ve které je vytištěný název barvy. Vytištěný název barvy však nesouhlasí s barvou tisku (např. slovo červený je vytištěno modře). Většina lidí má problémy správně pojmenovat barvu, což je způsobeno právě Stroopovým efektem, tedy interferencí barvy a slova (Sternberg, 2002).

rozpoznáváním objektu v neslučitelném prostředí<sup>4</sup> (Anderson, Lau, Segal & Bishop, 2007). Výzkum Kasamatsua a Hiraie (1966) odhalil nepřítomnost habituace na opakující se zvukové podněty projevující se nepřítomností alfa útlumu na záznamech EEG.

Takové sledování jevů bez předem daných konceptů je velmi podobné **fenomenologické redukci** neboli návratu k „věcem samotným“. Jedná se o uzavorkování světa neboli odložení většinou nevědomého, habituálního předpokladu reality ležící za zažívanými jevy a čisté vědomí jevů samotných (Husserl, 1968; Störig, 1996). Řeční skeptici pro tento proces používali termín *epoché*, který označoval odložení úsudku, neunáhlení se s hodnocením a věnování pozornosti jevu samotnému. Podle Boharta (via Martin, 1997) zahrnuje všímavost proces odpoutanosti (detachment) neboli získání odstupu od obsahů vědomí a zaujmutí fenomenologického postoje.

Z výše uvedeného vyplývá, že všímavost se vyznačuje **empirickým přístupem k realitě** (Brown et al., 2007). Stejně jako v empirickém výzkumu je odloženo jakékoliv hodnocení, dokud nejsou prozkoumána všechna fakta. Namísto vytváření hypotéz, dohadů či vysvětlení (racionalismus) je empirický přístup, charakteristický pro všímavost, založený na pečlivé exploraci toho, co je skutečné a přímo postihnutelné, zaměřením se na holá fakta (Linehan, 1993b). Například v případě emocí nejsou pocity popisovány obecnými nebo neurčitými popisy, ale jsou uvědomovány jako konkrétní tělesné, interoceptivní počítky. Emoce jsou vnímány na úrovni jejich projevu v těle, jako např. chvění, tlak v žaludku, bušení srdce, místo toho, aby byly označovány jako strach, nervozita apod. Podobně mohou být uvědomovány také myšlenky. Místo toho, aby byl jedinec vtažen do myšlenkového procesu, samotné myšlenky se stávají objektem pozornosti prožitkově odděleným od pozorovatele. Myšlenky jsou vnímány podobně jako ostatní podněty, jako pouhé psychické jevy vstupující do pole vědomí, u kterých mohou být pozorovány jejich charakteristiky, jako obsah, délka trvání apod.

Všímavost je často přirovnávána k vědeckému přístupu k realitě. Vědecká metodologie je založena především na exploraci, tedy na nezaujatém a bedlivém pozorování faktů, ať jsou zdánlivě významné nebo nedůležité. Ve vědě se často zaměřujeme na jevy, které jsou běžně přehlíženy nebo jsou těžko postřehnutelné. Zaujetí a zvědavost mohou vést k důležitým objevům a vhledům. Důležitá je v tomto ohledu nutná dávka zvědavosti, zaujetí až fascinace tím, co je pozorováno. Toto vše platí také pro všímavost, při které se jedinec stává vědcem a průzkumníkem na území vlastního vnitřního světa. Všímavost se vyznačuje nezaujatým prozkoumáváním různých úrovní vlastního prožívání (Germer, 2005a). V instrukcích k nácviku všímavosti je mnohokrát doporučováno sledovat určitý jev, jako bychom jej viděli poprvé v životě. Například v tzv. rozinkovém cvičení jsou účastníci vedeni k tomu, aby prozkoumávali z různých aspektů obyčejnou rozinku, jako by byli návštěvníci z cizí planety a měli zjistit co nejvíce informací o této věci (Kabat-Zinn, 1990). V literatuře se pro tento postoj používá termín „**mysl začátečníka**“ (beginner's mind), který označuje čerstvý, nezaujatý a otevřený postoj k realitě (Kabat-Zinn, 1990).

Všímavost se dále vyznačuje **inhibicí diskurzivního myšlení a ruminací**. Místo toho, aby byl člověk lapen v ruminativních a elaborativních myšlenkách o vlastních prožitcích a o jejich původu, důsledcích a dalších asociacích, zahrnuje všímavost přímé zažívání tělesných a mentálních podnětů (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Bdělé sledování toho, co se právě děje, není dobře možné, pokud je jedinec ponořen v neustálém proudu mentálních činností, jako jsou mentální komentáře, vzpomínání či plánování, představování, posuzování, hodnocení atd. Pouze v případě zklidnění tohoto vnitřního monologu může být pozornost

---

<sup>4</sup> V úkolech detekce objektu mají subjekty za cíl najít určitý předmět v nějakém prostředí. Úspěšnost se snižuje, pokud má jedinec najít předmět v prostředí, které pro něj není typické (např. kuře ve třídě). Ukazuje to na vliv očekávání na pozornost.



uvolněna pro to, co se děje v přítomnosti. Zaměřením pozornosti k přítomnému okamžiku se frekvence vnitřní řeči a ruminací snižuje (Leary & Tate, 2007). Potvrzují to také korelační studie mezi všímavostí a frekvencí ruminací s použitím dotazníkových metod (Brown & Ryan 2003; Lau et al., 2006; Feldman et al. 2007; Cardaciotto et al., 2008).

Jelikož jsou jazyk a řeč založeny na pojmovém myšlení, další charakteristikou všímavosti, která souvisí s nekonceptuálním uvědomováním, je její **neverbální povaha** (Germer, 2005a). Zážitek všímavosti není uchopitelný slovy nebo slovy sdělitelný, jelikož vědomí samo o sobě je za slovy a významy.

Nutno dodat, že nekonceptuální povaha všímavosti není nutně v protikladu k myšlení. Spíše podporuje odlišný postoj k myšlenkám jako k objektům pozornosti. Tato **decentrace**, jak to nazývají Segal et al. (2002), umožňuje efektivnější využití kognitivních procesů. Za prvé jedinci dává větší volnost v zapojení nebo pozastavení konceptuálního myšlení. A za druhé tím, že si jedinec uvědomuje myšlenky pouze jako myšlenky (ne jako skutečnost), je méně pravděpodobné, že bude ovlivňován automatickými a často zkreslenými myšlenkami, např. předsudky či falešnými domněnkami (Brown et al., 2007). Všímavost také neznamená potlačování myšlenek, jelikož myšlenky se mohou stát objektem pozornosti stejně jako jiné podněty.

### 7.3.2 Zvýšená kvalita vědomí a pozornosti

Jednou z vlastností všímavosti je **zvýšená kvalita vědomí a pozornosti** (Brown & Ryan, 2003). Uvědomění (awareness) se vyznačuje různými stupni ostrosti a jasnosti (lucidita) od stavů minimální jasnosti (kóma, sopor), přes ospalost (somnolence) po bdělost (vigilance; Horáček & Švestka, 2002). Všímavost je oproti běžnému vědomí charakterizovaná zvýšenou jasností uvědomování. Představuje optimální úroveň bdělosti, při které jsou všechny podněty vnímány jasně a ostře. Stav všímavosti bývá dáván do protikladu ke stavům zastřené vědomí, ve kterých si je vědomí toho, co se děje, nějakým způsobem omezeno (Brown & Ryan, 2003). Metaforicky je běžný stav přirovnáván ke spánku či snění, kdy je vnímání reality zastřeno, a všímavost ke stavu plného probuzení.

Jelikož pozornost má omezenou kapacitu, vede uvolnění zdrojů nutných pro myšlení k jejich využití při zpracování informací o aktuální zkušenosti. Ve stavu všímavosti si jedinec uvědomuje i nepatrné podněty či detaily, kterým jindy není věnována žádná pozornost. Tak mohou být povšimnuty věci, které by jinak zůstaly mimo vědomí, což může vést k hlubšímu vhledu do reality. V tomto stavu jsou momentální podněty vnímány jasně, průzračně a ostře, bez zkreslení způsobeného konceptuálním myšlením. Ve výzkumech za použití dotazníkových metod korelovala všímavost s jasnějším uvědomováním si vlastní zkušenosti (clarity of experience) a emocí (Baer et al., 2004; Baer et al., 2006; Brown & Ryan 2003; Feldman et al., 2007).

Na druhou stranu však zvýšená ostrost vědomí ve všímavosti neznamená hypervigilanci. Při ní je pozornost citlivá až přecitlivělá na omezený okruh podnětů. Všímavost se oproti tomu vyznačuje optimální úrovní ostrosti pozornosti, která je otevřená širokému spektru podnětů (Brown & Ryan, 2003).

Dále se všímavá pozornost vyznačuje **flexibilitou** - neulpívá na žádném konkrétním podnětu, ale věnuje bdělou pozornost čemukoliv, co vstupuje do jejího ohniska. Všímavost bývá proto také popisovaná jako volně plynoucí pozornost (Martin, 1997), jelikož volně přechází z jednoho podnětu k druhému tak, jak se objevují.

Základem všímavosti je schopnost udržet po dlouhé časové úseky bdělé vědomí (vigilance) neboli schopnost detekovat nepředvídatelně se objevující podněty (Bishop et al. 2004; Shapiro et al. 2006). Potvrzují to empirické studie, v kterých byla zjištěna lepší vytrvalá

pozornost u subjektů praktikujících meditaci všímavosti než u nemeditujících (Valentine & Sweet, 1999; Jha et al., 2007; Schmertz, Anderson & Robins, 2008; Chambers, Lo & Allen, 2008).

Kvalitu pozornosti během meditace všímavosti sledovali prostřednictvím testu binokulární rivality Carter a kolegové (2005). Zkušení buddhističtí mniši vykazovali během tohoto testu mnohem méně fluktuací vědomí (přepínání mezi rozdílnými obrazy v každém oku), než je obvyklé. V jiném výzkumu byli lidé po tříměsíčním intenzivním nácviku všímavosti schopni rozlišit světelné záblesky kratšího trvání a také odlišit dva záblesky následující těsně za sebou lépe než před výcvikem. To svědčí o zvýšené senzitivitě a diskriminační schopnosti vlivem výcviku všímavosti (Brown, Forte & Dysart, 1984).

### 7.3.3 Sledování proudu vědomí

Objektem všímavé pozornosti je především neustálý tok psychických prožitků (stream of consciousness – James). Předmětem všímavosti tak může být cokoli, co je dostatečně výrazné, aby to vstoupilo do vědomí. Zdrojem těchto prožitků mohou být jak vnější události vnímané prostřednictvím smyslových orgánů, tak vnitřní stimuly, jako jsou tělesné počitky (interocepce) a psychické podněty (obsahy).

V různých stádiích nácviku všímavosti je bdělá pozornost směřovaná k jinému druhu podnětů. Jelikož je všímavost založena na empirickém (zkušenostním) přístupu (viz výše), je nejčastěji pozornost věnovaná konkrétním, „hmatatelným“ podnětům. Takovými podněty jsou především smyslové počitky (zrakové, haptické či zvukové) a tělesné pocity (propriocepce a viscercepce). Tělesné pocity se v klinickém využití všímavosti dobře uplatňují. Jedná se o tzv. tělesně ukotvené prožívání, jednoduché spočinutí mysli u tělesného prožívání v přítomném okamžiku, k tady a teď (Hájek, 2000).

Segal et al. (2002) považují uvědomování si projevů problému (např. deprese) na tělesné úrovni za jednu z podstatných dovedností osvojených v průběhu jejich kognitivní terapie založené na rozvíjení všímavosti. Emoce jsou například vnímány jako pocity v těle, což vede k inhibici jejich sekundární elaborace. Jinými slovy zabraňuje vnímání emocí v podobě konkrétních somatických podnětů k utlumení přemýšlení o emocích, extrapolace na další oblasti nebo vyvozování z nich nějakých (často katastrofických) závěrů.

V standardním meditačním cvičení rozvíjející všímavost je objektem pozornosti především dech. Ten je sledován v podobě senzoričtých počitků vznikajících v nozdrách při průchodu vzduchu, anebo jako pocity při zvedání a klesání břišní krajiny způsobené dýcháním. Dech je v těchto cvičeních objektem pozornosti z několika důvodů. Především je to podnět, který je vždy k dispozici a který se odehrává „tady a teď“. Je to tedy jakási kotva k přítomnému okamžiku v případech, kdy se mysl zatoulá a ztratí v myšlenkových procesech (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams & Teasdale, 2002). Zároveň je úzce spjat s psychickým stavem. Je to jakési těžiště mezi tělesnými a psychickými pocity. Jelikož dech je reflexí našeho psychického rozpoložení na tělesné úrovni, je to vhodný terén pro exploraci našich emocí bez ztracení se v nich.

Pokud se vyskytnou nějaké silné tělesné pocity (např. bolest), je věnována pozornost různým aspektům těchto pocitů, jako jsou změny intenzity nebo jejich podoba (tlak, píchání apod.). V pokročilých stádiích nácviku všímavosti, kdy je všímavost manifestována nejúplněji, není pozornost směřovaná žádným konkrétním směrem a předmětem uvědomování je neustále se měnící proud podnětů tak, jak postupně vyvstávají (choiceless awareness; Kabat-Zinn, 1990).



### 7.3.4 Dezidentifikace s psychickými obsahy

Jednou ze základních charakteristik všímavosti je uvědomování si obsahů vědomí bez identifikace s nimi. Dezidentifikace je „proces, při kterém vědomí pečlivě pozoruje psychické obsahy jako myšlenky, emoce a představy, a tak ukončuje identifikaci s nimi“ (Walsh & Shapiro, 2006, s. 231-232). V literatuře se pro tento stav používá řada pojmů zdůrazňujících trochu odlišný aspekt tohoto stavu – vnitřní pozorovatel (observing self, Deikman, 1982), kognitivní odstup (cognitive defusion, Hayes, Strosahl & Wilson, 1999), decentrace (Safran & Segal, 1990; Segal, Teasdale & Williams, 2004; Wells, 2005), metakognitivní vědomí (Teasdale et al., 2002), vypletení (de-embedding, Kegan, 1982), diferenciacce a transcendence (Wilber, 2000), odstup (detachment, Bohart via Martin, 1997) nebo vnímání z jiné perspektivy (reperceiving, Shapiro, Carlson, Astin & Freedman, 2006).

Dezidentifikace bývá popisovaná často jako postoj pozorovatele (observant stance, Brown, Ryan & Creswell, 2007). Jedná se o všímání si vlastní intrapsychické zkušenosti, aniž by byl do ní jedinec vtažen a aniž by se ji snažil nějakým způsobem ovlivnit (Hayes & Plumb, 2007). Jde o vnímání sebe jako poznávajícího (self-as-knower), kdy jádro osobnosti (self) funguje jako vnitřní svědek, ve kterém se obsahy vědomí (včetně sebevztahných myšlenek, představ a totožnosti) zobrazují (Brown et al., 2007). To umožňuje plné uvědomování si volně plynoucího proudu myšlenek a dalších psychických jevů (Linehan, 1993b).

Deikman (1982) v této souvislosti hovoří o stanovisku „**vnitřního pozorovatele**“ (observing self), který je subjektem vědomí odlišným od všeho, co je uvědomováno (objekty vědomí). Podle Deikmana je vnitřní pozorovatel podstata vědomí, vědomí samotné, stojící nad nebo v pozadí za vším, co je uvědomováno. Uvědomění vyžaduje subjekt (ten, kdo si uvědomuje) a objekt (to, co je uvědomováno), což jsou dvě odlišné entity. Samotný fakt, že si něco uvědomujeme, znamená, že jsme od uvědomovaného oddělení. Pokud něco vidíme, znamená to, že jsme více než toto vidění. Jak píše Shapiro a kolegové (2006): „Ať už jde o bolest, smutek či strach, vnímání těchto stavů jako objektů umožňuje dezidentifikaci s myšlenkami, emocemi a tělesnými pocity, jednoduše být s nimi místo toho, aby byl jimi člověk definován (např. ovládán, podmíněn, určován). Výsledkem takového vnímání z metaperspektivy je uvědomění si, že ‚bolest nejsem já‘, ‚emoce nejsem já‘, ‚myšlenky nejsem já‘.“ (s.378) V podobném duchu označuje Teasdale s kolegy (2002) všímavost jako **meta-uvědomování** (meta-awareness) neboli uvědomování si obsahů mysli jako jevů či objektů pozornosti bez identifikace s nimi.

V běžném životě jsou lidé vtaženi do toho, co prožívají. Stávají se součástí své zkušenosti, ztotožňují se s ní, čímž se stírá rozdíl mezi subjektem a objektem. Neuvědomují si, co prožívají, a jednoduše to prožívají. Lidé se stávají svými sny, fantaziemi, emocemi, myšlenkami, činnostmi apod. Bdělé, všímavé uvědomování si vlastních psychických obsahů vede k prožitkovému oddělení pozorovatele (subjektu) a pozorovaného (objektu). Jde o vytvoření jistého odstupu mezi psychickými obsahy a jedincem jako pozorovatelem těchto obsahů. V rámci kognitivní terapie je pro tento stav používán termín **decentrace** (Safran & Segal, 1990; Segal, Teasdale & Williams, 2004). Safran & Segal (1990) popisují decentraci jako „vykročení z toho, co právě jedinec prožívá, čímž se mění sama podstata tohoto prožitku. Tento proces umožňuje vytvoření prostoru mezi událostí a reakcí na tuto událost“ (s.117). Segal a kolegové (2004) jej popisují jako zaujmutí odlišné perspektivy či vztahu ke svým myšlenkám a pocitům, který je charakterizovaný distancováním se od nich. „Negativní myšlenky a pocity jsou vnímány jako přechodné psychické jevy a nikoliv jako nutně správný popis skutečnosti ani jako centrální charakteristika jedince“ (s.38). Podobně jsou emoce vnímány pouze jako přechodné stavy mysli. Například „smutek“ a „uvědomění si vlastního smutku“ jsou dvě odlišné věci. V prvním případě je člověk vtažen do své emoce, je s ní ztotožněn, považuje ji za svou neoddělitelnou součást či aspekt sebe sama. V druhém případě

je zde smutek (objekt) a ten, kdo si ho uvědomuje (subjekt). Tito autoři také poukazují na to, že vytvoření takového odstupu či decentrace k vlastní zkušenosti je základním účinným faktorem v kognitivně-behaviorální terapii obecně (Segal, Teasdale & Williams, 2004).

Místo toho, aby byl jedinec vtažen do psychických obsahů a byl jejich součástí, se decentrovaný postoj vyznačuje vystoupením nad tyto obsahy a jejich vnímání z jiné perspektivy. Vzhledem k zásadní změně úhlu pohledu označuje Shapiro s kolegy (2006) proces dezidentifikace od obsahů vědomí termínem **vnímání z odlišné perspektivy** (reperceiving). Tito autoři jej popisují jako rotaci ve vědomí, v které to, co bylo subjektem, se stává objektem. Psychické obsahy (myšlenky, emoce) jsou pozorovány jako fenomény, aniž by se pozorující s nimi ztotožňoval nebo k nim byl emocionálně připoután (nonattachment nebo detachment, Bohart via Martin, 1997). S takovým postojem nepřipoutanosti jsou myšlenky a emoce vnímány jako oblaka vcházející do vědomí a zase z něj vystupující (Kabat-Zinn, 1996).

V terapii přijetí a angažovanosti, jejíž součástí jsou techniky rozvíjející všímavost, je používán termín **kognitivní odstup** (cognitive defusion, Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Tento směr vychází z empirického výzkumu a analýzy jazyka a kognice. Jednou z hlavních komponent teoretického rámce, která na základě této analýzy vznikla, je podstatný vliv jazyka na chování (rule-governed behavior). Proto se pro stejný proces používá pojem deliteralizace, neboli že myšlenky nejsou brány doslovně. Cílem technik podporujících kognitivní odstup je „změnit vztah jedince k nežádoucím vnitřním prožitkům, jako jsou myšlenky, snížením jejich škodlivého vlivu prostřednictvím deliteralizace jazyka nebo snížením jejich uvěřitelnosti či připoutanosti k nim“ (Hayes & Plumb, 2007, s.245).

Součástí dezidentifikace s vnitřními obsahy je také **decentrovaný postoj k sobě samému**. Stejně jako jsou mentálně reprezentovány vnější události a jevy, jsou podobně v mysli uloženy koncepty o sobě samotném (self-concept). Ty jsou založeny mimo jiné na zobecněných interakcích s druhými lidmi (Mead, 1934) a určují, jak o sobě smýšlíme a jaký k sobě máme vztah. Většinou se identifikujeme s našimi psychickými stavy, myšlenkami a činy. Bedlivé sledování rozvíjené v rámci všímavosti vede k uvědomění si sebe jako neustálého proudu měnících se psychických obsahů (self as a process) bez trvalé podstaty, kterou označujeme jako „já“. Místo toho se mění perspektiva, kdy je já (self) vnímáno jako jeviště. Místo toho, aby bylo ztotožňováno s jednotlivými obsahy (self as a content<sup>5</sup>), je od nich odděleno, transcenduje je a představuje prostor, v kterém se odehrávají (self as a context; Hayes, 2004; Hayes & Plumb, 2007).

Ačkoliv se všímavost vyznačuje decentrovaným postojem ke zkušenosti, neznamená to, že je to postoj odtahitý či disociovaný, odtržený. Právě naopak. Všímavost se vyznačuje blízkým, intimním a přímým kontaktem s tím, co prožíváme, **zúčastněností** (Hayes & Plumb, 2007; Germer, 2005a). Ve všímavosti se neodkláníme od svých pocitů či myšlenek, ale naopak je sledujeme mnohem bedlivěji a přesněji. Linehan (1993b) považuje zúčastněný zájem o své prožitky za jednu ze základních všímavých dovedností. Jedná se o důvěrnější uvědomování si svých tělesných a psychických pocitů (Linehan, 1993b; Lynch & Bronner, 2006).

### 7.3.5 Zaměření na přítomnost

Klíčovou charakteristikou všímavosti, na které se shodnou všechny odborné publikace, je zaměření pozornosti na děje probíhající právě teď, v přítomném okamžiku. Ať už jsou

---

<sup>5</sup> *Self as a content* je pocit já založený na verbálních tvrzeních vztahujících se k vlastní osobě a z nich vycházející sebehodnocení (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999).

objektem pozornosti vnější či vnitřní podněty, vždy jsou to aktuální, právě se odehrávající děje. Přemýšlení o těchto prožitcích je již o krok dál od přítomné chvíle (Germer, 2005a). Jak píše Hayes (2004), znamená všímavost spojení s přítomným okamžikem neboli nehodnotící kontakt s myšlenkami, pocity apod. tak, jak přicházejí.

V mysli neustále cestujeme v čase do minulosti v našich vzpomínkách, do budoucnosti v našich plánech a představách a obecně řečeno mimo bezprostřední přítomný okamžik. Velmi často si v důsledku zatoulané pozornosti, denního snění, vzpomínání či plánování neuvědomujeme to, co právě prožíváme nebo děláme. Každý zná situace, kdy ztraceni ve vlastních myšlenkách děláme věci automaticky nebo si nejsme vědomi senzorických vjemů. Můžeme řídit auto a myslet při tom na včerejší hádku s manželkou, obědovat a plánovat víkendový výlet, aniž bychom si uvědomovali chuť jídla apod. Lidská psychika má fascinující schopnost vytvářet mentální reprezentace minulých dějů a plánování dějů budoucích. Tato schopnost má pro člověka zásadní evoluční význam, jelikož umožňuje shromažďovat poznatky a zkušenosti a využít je pro efektivní jednání či plánování a dosažení vytyčených cílů. Někdy je však tato schopnost nadměrně užívána a brání tak jedinci prožívat to, co se právě odehrává. Pokud zůstáváme v myšlenkách zaměřených do minulosti či budoucnosti, je přítomná realita přehlížena nebo jen částečně prožívána (Brown, Ryan & Creswell, 2007). Také v situacích, které nemají jednoznačné a jednoduché řešení (jako je tomu v případech duševních poruch), je tato funkce lidské psychiky spíše na překážku. Například v případě depresí ruminace o příčinách a následcích špatné nálady vede ke zhoršení depresivní symptomatiky (Nolen-Hoeksema, 1991).

Jak píše Kabat-Zinn (1996), je přítomná chvíle to jediné, co máme. Minulost už uplynula a budoucnost ještě nenastala. Místo uvažování o tom, co se stalo, nebo představováním si toho, co by se mohlo stát, je všímavost přímé prožívání toho, co se právě odehrává. Důraz na prožitek „tady a teď“ sdílí přístupy založené na všímavosti společně s celou řadou dalších terapeutických směrů. Například v Gestalt terapii je kladen důraz na prožívání „tady a teď“ a podobně v technikách zaměřených na tělo se pracuje s aktuálními tělesně projevovanými prožitky.

Všímavá pozornost je vždy orientovaná na aktuální prožitky. Tělesné a senzorické podněty jsou vždy „tady a teď“. Proto se zpočátku výcviku všímavosti využívají právě tyto podněty, jakými jsou dech či tělesné pocity. O něco složitější je to s psychickými obsahy, jako jsou myšlenky. Myšlenky se fakticky odehrávají také v přítomném okamžiku. Obvykle je však jedinec ponořen v jejich obsahu, je s nimi identifikován, a proto je mentálně v minulosti (při vzpomínání) či v budoucnosti (při plánování, denním snění apod.). Pokud jsou však myšlenky vnímány decentrovaně pouze jako psychické jevy, dokážeme je vnímat v kontextu přítomné chvíle.

Emoce nebo nutkání k nějaké činnosti jsou vždy asociovány s určitými myšlenkami či představami a proto často odvádějí pozornost od přítomné chvíle. (Samozřejmě i opačně jsou určité představy spojené s určitým emocionálním nastavením.) Ve všímavém stavu jsou emoce a nutkání podobně jako myšlenky vnímány decentrovaně, jako pouhé objekty pozornosti, nejlépe orientací na jejich projevy na tělesné úrovni, čímž je pozornost vedena k jejich aktuálním projevům místo toho, aby byl jedinec unesen s nimi spojenými představami.

### 7.4 Postojové charakteristiky

Dalším podstatným rysem všímavosti je postoj, jaký zaujímáme k tomu, co pozorujeme, jenž se vyznačuje přijetím, nehodnocením a otevřeností.

#### 7.4.1 Nehodnocení

Všímavost znamená bdělé uvědomování si naší zkušenosti v přítomném okamžiku, aniž by k ní jedinec tíhl anebo ji odmítal. Toto bdělé uvědomování je rozvíjeno zaujetím postoje nezaujatého pozorovatele (Kabat-Zinn, 1990). Pokud hodnotíme některé podněty například jako zajímavé nebo nudné, fungují tyto soudy jako filtr propouštějící dál jen ty zajímavé. Bdělé uvědomění tedy předpokládá nehodnotící postoj ke všemu, co vstupuje do pole vědomí (Germer, 2005a).

Nehodnotící postoj je tedy svým způsobem rozšířením nekonceptuální povahy všímavosti, kterou jsme rozváděli výše. Hodnocení (a z něj vyplývající reakce jako přijetí či odmítnutí) je postavené na kognitivních procesech (analýze, porovnávání, posuzování atd.), které jsou všímavostí inhibované. Všímavost se tak vyznačuje především snížením jednoho typu myšlenek, a to hodnotících soudů ohledně současné situace a vlastních reakcí na ni (Leary & Tate, 2007).

Nehodnocení neznamena nutně zastavení všech hodnotících soudů. To ani není možné. V praxi to znamená spíše uvědomění si procesu nepřetržitého vytváření těchto soudů o tom, co prožíváme. Během nácviku všímavosti jde spíše o objektivní postoj, uvědomění si a pozorování těchto soudů, aniž bychom se nechali vtáhnout do reakcí na ně. Tím se také snižuje jejich výskyt a především jejich váha neboli vliv na chování.

Indiferentní, nehodnotící postoj k prožívanému během všímavosti potvrzují také výzkumy, využívající moderní zobrazovací metody. Například studie Creswella et al. (2007) s použitím funkční magnetické rezonance prokázala, že všímavost je spojena s korovou inhibicí amygdaly, která je zodpovědná za emoční hodnocení zkušenosti.

#### 7.4.2 Přijetí

Přijetí znamená „vidět věci tak, jak skutečně v přítomnosti jsou“ (Kabat-Zinn, 1990, s.38). Znamená to přijmout to, co prožíváme v přítomném okamžiku, bez snahy prožívat (cítit, myslet, dělat) něco jiného. Fletcher a Hayes (2005) definují přijetí jako „proces aktivního a vědomého přijímání vnitřních prožitků tak, jak se vynořují, bez snahy měnit jejich četnost či podobu“ (s.245-6). Jinými slovy zahrnuje přijetí 1) všimnutí si psychických jevů, které prožívám, 2) zanechání snah vyhnout se jim anebo je ovlivnit a 3) reagování na skutečně probíhající podněty a nikoliv na jejich obsah. Přijetí tak dovoluje klientům sledovat ochotně, otevřeně a zvědavě nepříjemné podněty, kterým se doposud vyhýbali a které spouštěly případné maladaptivní chování.

Postoj nehodnocení je v podstatě shodný s postojem přijetí. Pouze pokud nehodnotíme určité podněty jako hodné či nehodné naší pozornosti, jsme schopni přijmout a otevřít se všem podnětům. A naopak, abychom mohli přijmout a být otevření k celé šíři naší zkušenosti, musíme odložit hodnotící soudy o ní. Přijetí však přidává k nehodnocení jistou míru vlídnosti a laskavosti (Germer, 2005a). Postoj přijetí je považován za klíčový aspekt všímavosti, a přístupy založené na rozvíjení všímavosti jsou proto také označovány a řazeny mezi tzv. přístupy založené na přijetí (acceptance based approaches; Hayes, Follette & Linehan, 2004).

Přijetí a plné uvědomování jsou dva vzájemně propojené aspekty téhož procesu. Bez přijetí všech momentálních prožitků si je nemůžeme plně uvědomovat. A na druhou stranu pečlivé pozorování a uvědomování celé šíře naší zkušenosti vede k rozvoji otevřeného, přijímacího postoje (Block-Lerner et al., 2005). Vzhledem k této vzájemné provázanosti někteří autoři (např. Brown & Ryan, 2003) nepovažují za nutné explicitně definovat přijetí jako jeden z aspektů všímavosti. Na druhou stranu, jak argumentuje Cardaciottová (2005), není vztah mezi uvědomováním si a přijetím zcela jednoznačný, a proto má toto rozdělení svou heuristickou hodnotu.

### 7.4.3 Neusilování

Další postojovou charakteristikou všímavosti je neusilování neboli přijetí toho, co prožíváme bez snahy to jakkoliv měnit. Neusilování znamená zastavení snahy vnímat či prožívat něco jiného než to, co právě prožíváme (Leary & Tate, 2007). Vědomí není orientované na dosažení určitých cílů. V případě nepříjemných emocí není například vynakládáno úsilí k jejich zmírnění či odstranění (Wells, 2005). Neusilování je stav, ve kterém se jedinec nesnaží dosáhnout určitého stavu, nemá žádný konkrétní cíl, není nic, co by měl nebo neměl dělat, pouze *je*. Díky tomu se rozvíjí schopnost snášet i nepříjemné pocity, aniž bychom na ně museli nějak automaticky a habituálně reagovat maladaptivním chováním.

Často přílišná snaha vyřešit své problémy, změnit to, co cítíme, může vést k dalším nežádoucím psychickým důsledkům v podobě zvýšeného stresu a psychického trápení (sekundární distres). Neustálá snaha o vyřešení depresivní nálady vede k ruminacím o možných příčinách a důsledcích nemoci, což však depresi jenom prohlubuje (Nolen-Hoeksema, 1991). Pokud o něco usilujeme, vzniká v mysli napětí mezi současným a žádoucím stavem. V případě mnoha psychických problémů není řešení jednoznačné anebo jsou vůbec neřešitelné. Zoufalá a neefektivní snaha tuto situaci změnit pouze přidává další utrpení k tomu, které již existuje (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Pokud dokážeme přijmout současnou situaci a být s ní v kontaktu bez snahy ji změnit, můžeme zmírnit tento sekundární distres.

### 7.4.4 Nepřipoutanost

Všímavost je také charakterizovaná flexibilní pozorností, která není fixovaná na žádném konkrétním jevu. Všechny podněty jsou považovány za stejně relevantní, žádný z nich není preferován a upřednostňován, k žádnému nejsme emocionálně připoutaní. Vše, co vstoupí do pole vědomí, je zaznamenáno, aniž by tím byla pozornost strhnuta a zahlcena. Pozornost zůstává tichá a flexibilní, bez připoutání k nějakému určitému úhlu pohledu (Wells, 2005). Toto nepřipoutání či neulpívání k určité perspektivě bývá popisováno jako „nechat být“ nebo „nechat plavat“ (letting go; Kabat-Zinn, 1990).

Termín nechat plavat odkazuje na nenásilnost a uvolněnost pozornosti. Momentální zkušenost není nijak potlačovaná, ale spíše se nechává volný průběh neustálému proudu různých podnětů tak, jak přicházejí a odcházejí. Nepřipoutanost tedy neznamená vytěsňování anebo potlačování. Jedná se spíše o uvědomění a docenění každé části naší zkušenosti bez přehnané připoutanosti k ní.

Základem této nepřipoutanosti je uvědomění si pomíjivosti všech jevů (Rosch, 2007). Introspekce ukazuje, že vše, co prožíváme, všechny myšlenky a pocity (včetně těch velmi nepříjemných) mají svůj začátek a konec. Tato skutečnost bývá přirovnávána k vlnám na moři a stejně jako vlny na moři mohou být pozorovány naše myšlenky a emoce. Stejně jako vlny



samovolně přicházejí, zvedají se, dosahují vrcholu, klesají a odcházejí, podobně přicházejí emoce a myšlenky. A podobně jako neovlivňujeme a ani nemůžeme ovlivnit průběh vln na moři, tak podobně nezasahujeme do pohybu naší vnitřní zkušenosti.

### 7.4.5 Zvídavost, zájem, angažovanost

Všímavost je charakterizována zájmem a zvídavostí vůči vlastní zkušenosti bez ohledu na to, jak příjemná či nepříjemná může být. Přijetí by nebylo dobře možné, kdyby nebyl jedinec bazálně pozitivně orientován ke své zkušenosti. Uvědomovat si a sledovat celé spektrum prožitků je možné, pouze pokud je uznáván význam a důležitost každého pocitu. V opačném případě jsou některé pocity opomíjeny nebo vytěšňovány. Zvídavý postoj je postoj vědce, který je zaujat objektem výzkumu a zajímá se o každý, i třeba zdánlivě nepodstatný detail.

Lidská mysl neustále potřebuje nějaké podněty, a pokud je nemá, vytváří si je sama v podobě myšlenek a představ. Pokud sledujeme jednoduchý podnět, je pozornost brzy nasycena a hledá si podněty jinde. Lidská kapacita sledovat kontinuálně určitý podnět, tzv. koncentrovaná pozornost, je omezená a po určité době se taková pozornost unaví. Jak již bylo řečeno dříve, bdělá, všímavá pozornost se od koncentrace liší v tom, že se neomezuje na jediný jev či podnět, ale je otevřená celé škále podnětů. Tato otevřenost je právě nazývána zvídavostí. Všímavost znamená zkoumání určitého jevu z různých úhlů a uvědomování si rozličných aspektů tohoto jevu. Jedná se o zájem o prozkoumávání různých úrovní vnímání a různých prožitků (Germer, 2005a).

Jak píše Segal et al. (2002) je „během nácviku všímavosti pozornost otevřená k přijetí jakékoliv zkušenosti a zároveň postoj laskavé pozornosti dovoluje jedinci prozkoumávat, cokoliv se objeví, aniž by se stal obětí automatických hodnocení“ (s.322-323).

Nácvik všímavosti znamená zájem o to, kam se pozornost zatoulává od primárního objektu pozornosti (např. dechu) a o různé podněty, které jedinec momentálně prožívá. Všechny myšlenky, pocity či vjemy jsou považovány za relevantní a zajímavé, a proto jsou objektem pozornosti (Bishop et al., 2004).

Se zvídavostí a zájmem souvisí také zapojení se do prožitku. V případě všímavosti se nejedná o disociaci od vlastních prožitků, ale naopak o intenzivnější kontakt s nimi (Hayes & Plumb, 2007). Jak píše Germer (2005a) „neznamená všímavost odtažené sledování. Je to důvěrnější prožívání mysli a těla“ (s. 9). Podobně Linehan (1993b) zařazuje zúčastněnost (participating) mezi základní všímavé dovednosti.

### 7.4.6 Další postojové charakteristiky všímavosti

Postoje, které charakterizují stav všímavosti, rozvádí ve své průlomové práci Kabat-Zinn (1990). Popisuje sedm charakteristických postojů, které jsou vzájemně propojené a které společně činí nácvik všímavosti efektivním. Každý z těchto postojů by měl být záměrně kultivován, aby se dosáhlo plného užitku všímavé praxe. Těmito vlastnostmi jsou nehodnocení, neusilování, přijetí, nechání plavat (letting go), trpělivost, mysl začátečníka a důvěra. První čtyři vlastnosti jsme již popsali v předchozích odstavcích. K nim přidává Kabat-Zinn dalším základní všímavé postoj, kterými jsou trpělivost a důvěra. **Trpělivost** je uznání toho, že každá věc má svůj čas. Místo toho, abychom se snažili svou zkušenost měnit, urychlit určitý proces nebo ho ovlivňovat, znamená trpělivost ponechání prostoru pro to, co se odehrává. Postoj trpělivosti v sobě nese otevřenost ke každému okamžiku a jeho přijetí v jeho plné bohatosti. Nezbytným postojem je také **důvěra** v sebe a to, co prožíváme. Každý lidský

organismus má sebeléčebný potenciál a vytvoření důvěry v tento proces je během všímavé praxe velice důležité.

Shapiro a Schwartz (2000) k těmto vlastnostem přidali dalších pět vlastností spojených především s afektivní stránkou všímavosti. **Nenásilnost** (gentleness) odkazuje na jemný, šetrný a citlivý přístup k tomu, s čím se střetáváme během všímavé praxe. Mnohé instrukce při meditaci všímavosti například zdůrazňují nenásilné zaměření pozornosti zpět na primární objekt, kdykoliv se mysl zatoulá (Segal, Williams & Teasdale, 2002). **Velkodušnost** (generosity) je odevzdání se přítomnému okamžiku bez připoutanosti k ziskům či myšlenkám na návratnost. **Empatie** je chápání a vcítění se do pocitů druhých lidí v přítomném okamžiku. **Vděčnost** (gratitude) je oceňování přítomného okamžiku. **Laskavost** (lovingkindness) odkazuje na shovívavost, soucit, odpouštění a nepodmíněnou lásku.

## 7.5 Všímavost v akci

Předchozí odstavce věnované vlastnostem všímavosti ji popisovaly především z hlediska meditační všímavé praxe, při které jedinec věnuje bdělou pozornost jednoduchému podnětu, jako je dech či tělesné pocity. V tomto případě je tělesná aktivita omezovaná a důraz je kladen na psychické pochody. Při meditaci nemusí jedinec také brát ohledy na mnohé životní okolnosti, výsledky své činnosti, má pro tato cvičení vyhrazený určitý čas, klidné místo apod. Všímavost je však určena především pro běžný, praktický život a proto můžeme brát meditaci všímavosti jako trénink, který je později přenášen do každodenní činnosti a do akce.

Bdělé uvědomování při činnosti má stejné charakteristiky popsané v předchozí části. Na rozdíl od meditace však nejsou omezovány behaviorální reakce, ale jsou bedlivě pozorovány. Zároveň nelze při určitých činnostech zcela omezit kognitivní procesy, jelikož jsou nutné pro zdárné plánování, provádění a dokončení úkolu. V tomto případě jde především o omezení myšlenek, které s úkolem nesouvisí. Všímavost při činnosti má proto svá specifika, která jsou popsána v následující části.

Všímavé jednání se vyznačuje **věnováním plné pozornosti** činnosti, kterou právě provádím, bez rozptylování nesouvisejícími myšlenkami či představami a emocemi, které vyvolávají, nebo nepodstatnými událostmi. Nemůžeme plně sledovat určitou činnost, pokud je naše pozornost rozložena mezi více úkolů. Znamená to tedy také děláni jedné činnosti v jeden okamžik (Linehan, 1993a, b).

Opak všímavého jednání je jednání, při kterém věci děláme automaticky a myšlenkami se touláme jinde. Můžeme tak například mýt nádobí a být zahlceni myšlenkami na to, co všechno ještě musíme udělat, nebo pocity hněvu, že musíme nádobí mýt právě my. Podobně si můžeme hrát s dětmi, ale ve skutečnosti být zavaleni přemýšlením včerejší hádky anebo starostmi o budoucnost. Takové toulání může být většinou neškodné, ale stává se mnohem problematičtější v případě duševních poruch, kdy ruminace (opakující se myšlenkové rozebírání) nemoc zhoršují. Velmi přínosné je proto v mnoha případech zaměření plné pozornosti na prováděnou činnost, čímž se ruminace tlumí.

Speciálně jedna forma myšlenek momentálně nesouvisejících s činností jsou myšlenky na předpokládaný výsledek. Všímavá činnost **není zaměřená na výsledky**, je autotelická, tzn. je vykonávána pro činnost samotnou. Tento aspekt všímavosti je shodný s konceptem plynutí (flow) autora M. Csikszentmihalyiho (Csikszentmihalyi, 1999).

Dalším aspektem všímavé činnosti je **zúčastněnost**, tedy plné ponoření se a zapojení se do činnosti. Takové ponoření do činnosti může vést až k ztrátě pocitu vlastního já. Jedná se o ztracení sebe v činnosti a jednání bez uvědomování si sama sebe, jako například sportovec při vrcholovém výkonu (Linehan, 1993a, b; Lynch & Bronner, 2006). Podobně Csikszentmihalyi



## 7 Vlastnosti všímavosti

(1990) popisuje stav plynutí jako hluboké zaujetí a naprosté pohroužení do činnosti bez rozptylování, při kterém se ztrácí pocit vlastního já ve prospěch činnosti.

Pozornost během všímavé činnosti je **otevřená vůči všem aspektům činnosti**. Lidská kapacita pozornosti je poměrně omezená. Člověk dokáže sledovat jeden neměnný podnět jen po omezenou dobu a poté jeho pozornost začne oscilovat. Během všímavé činnosti se pozornost nenásilně přesouvá k jednotlivým aspektům činnosti a prozkoumává ji tak z různých úhlů. Při mytí nádobí to mohou být například pocit tepla na rukou, lesk čistého nádobí, tělesné pohyby apod.

## 8 Neurální koreláty všímavosti

V současné době existuje rozsáhlá empirická literatura popisující pomocí moderních zobrazovacích metod neuroanatomické koreláty meditačních stavů a systémů či oblastí mozku aktivovaných v průběhu meditace (přehled výzkumů, viz například [Cahn & Polich, 2006](#); [Shapiro & Walsh, 1984](#)). Meditace je však velmi komplexní fenomén – existuje mnoho druhů meditace a každá působí odlišným způsobem. Těžko tak můžeme aplikovat závěry z takových studií na meditaci všímavosti. Výzkumů, sledujících vliv všímavosti na činnost mozku, je mnohem méně. V experimentálních designech studií, které uvádíme v této kapitole, byla jako nezávislá proměnná použita meditace všímavosti, případně velmi podobné typy jako např. zenová meditace. Výsledky těchto studií nám tak mohou napovědět něco o biologickém podkladu všímavosti.

Ve výzkumech meditace jsou rozlišovány dva druhy meditace – koncentrační meditace (soustředěná pozornost) a meditace všímavosti (receptivní monitorování; [Lutz, Slagter, Dunne & Davidson, 2008](#)). [Dunn, Hartiganová a Mikulas \(1999\)](#) zjišťovali, zda je mezi těmito dvěma druhy meditace empiricky měřitelný rozdíl. Za tímto účelem porovnávali elektrickou aktivitu mozku během meditace všímavosti, koncentrační meditace a relaxace. Měření EEG ukázalo, že **meditace všímavosti a koncentrace se od sebe výrazně odlišují** v amplitudě i frekvenci mozkových vln v několika mozkových centrech. Výsledky tak naznačují, že tyto dva druhy meditace jsou odlišné formy vědomí a ne pouze odlišné stupně stavu relaxace ([Dunn, Hartigan & Mikulas, 1999](#)).

[Kasamatsu a Hirai \(1966\)](#) sledovali elektrickou aktivitu mozku u tří zkušených zenových mistrů. V zenové meditaci jde, stejně jako v meditaci všímavosti, o dosažení stavu receptivní, otevřené pozornosti. U těchto tří subjektů byla zjištěna **nepřítomnost habituace** na zvukové podněty, která se projevovala nepřítomností útlumu alfa vln. Při opakování stejného podnětu nastává habituace, tedy že každé další opakování si uvědomujeme méně a méně (jako nevnímáme tikot hodin či hluk z ulice, pokud bydlíme na rušné ulici). To se na EEG projevuje potlačením alfa vln. V případě meditace všímavosti tento jev nenastává, což znamená, že je každý podnět vnímán jako nový a jedinečný a jedinec je rovnoměrně otevřen všem podnětům („mysl začátečníka“). Vzhledem k této otevřenosti nedochází k automatické habituaci. Tento výzkum tak také potvrzuje deautomatizaci psychických procesů ve stavu všímavosti, jak ji popisuje [Deikman \(1982\)](#).

Důkazy z některých výzkumů ([Davidson et al., 2003](#); [Creswell, Way, Eisenberger & Lieberman, 2007](#)) naznačují, že pravidelné cvičení meditace založené na všímavosti **posiluje korovou regulaci emocí**. [Creswell a kolegové \(2007\)](#) použili při výzkumu všímavosti funkční magnetickou rezonanci (fMRI). Ve své studii zkoumali činnost mozku v průběhu úkolu zaměřeného na popisování emocionálních stavů. Ukázalo se, že subjekty s vyšší úrovní dispoziční všímavosti (měřeno MAAS) vykazují během popisování emocí silnou zápornou korelaci mezi aktivací prefrontální kůry a pravou amygdalou, zatímco u subjektů s nízkou všímavostí tento vztah nalezen nebyl. Prefrontální kůra je zapojena do funkčního systému inhibující limbický systém, který se podílí na afektivním rozměru událostí, a amygdala, která je součástí limbického systému, je spojována především s negativními emocionálními stavy jako hněv či strach ([Koukolík, 2000](#)). Tyto výsledky naznačují, že všímavost je spojena s neurálními dráhami zapojenými do zpracování emočních podnětů, a to především posílením korové regulace vývojově starších struktur emocionálního systému ([Creswell, Way, Eisenberger & Lieberman, 2007](#)).

Toto zjištění potvrzují také závěry studie [Hölzelové a kolegů \(2007\)](#), v níž byla během meditace zjištěna větší aktivace rostrální části anteriorního cingulárního kortexu, která je

spojována s kognitivním zpracováním podnětů, oproti dorzální části, která je aktivní během emocionálního zpracování (Bush, Lu & Posner, 2000). Menší aktivace amygdaly (tedy snížení emoční interference) u zkušených meditujících byla zjištěna také ve výzkumu Březczyňského-Lewise a kolegů (2007). Podobně výsledky výzkumu Baerentsena a kolegů (2001) nasvědčují dominanci frontálního kortexu nad subkortikálními systémy během zenové meditace.

V experimentu, který realizoval Davidson a kolegové (2003), bylo pro zkoumání vlivu meditace všímavosti na činnost mozku použito měření elektrické aktivity mozku. U pokusných osob byly indukovány pozitivní a negativní emoce a při tom jim bylo snímáno EEG v různých oblastech mozku. Subjekty v experimentální skupině (absolvování programu MBSR) se od kontrolní skupiny statisticky významně lišily v elektrické aktivitě v levostranné anteriorní oblasti, která je spojena s **adaptivnějším reagováním na negativní a stresující situace** (Davidson et al., 2003). V této studii také autoři sledovali, jakým způsobem všímavost ovlivňuje imunitní systém. Subjekty v kontrolní i experimentální skupině byly očkovány proti chřipce a byla jim změřena hladina protilátek. Po čtyřech měsících byl u absolventů MBSR zjištěn statisticky významně vyšší nárůst hladiny protilátek oproti kontrolní skupině. Toto je také jeden z mála výzkumů potvrzujících vliv meditace na tělesné zdraví v podobě tzv. tvrdých dat.

Někteří výzkumníci se zaměřili na **vliv meditace na fyziologickou strukturu mozku**. Lazarová a kolegové (2005) měřili pomocí magnetické rezonance tloušťku kortexu lidí dlouhodobě praktikujících meditaci všímavosti. Zjistili u nich větší tloušťku v oblastech spojených s pozorností, interocepí a zpracováním senzorických podnětů. Výsledky tak prokázaly plasticitu mozku vlivem meditace všímavosti (Lazar et al., 2005). Sílu šedé tkáně mozku sledovali u meditujících také Pagnoni a Cekic (2007). Tloušťka šedé hmoty s věkem ubývá. Tito autoři sledovali pomocí magnetické rezonance korelace mezi věkem, výkonem v testech pozornosti a silou šedé tkáně mozku u 13 meditujících (zenová meditace) a s nimi spárovaných 13 kontrolních subjektů. Zatímco u kontrolní skupiny byla korelace mezi silou šedé hmoty a oběma proměnnými (věk, test pozornosti) podle očekávání negativní (tedy že se s věkem snižuje síla šedé hmoty a zhoršují se výsledky testu pozornosti), u meditujících tato korelace nebyla zjištěna. Nejvýraznější vliv meditace na šedou hmotu byl v oblasti putamenu, který je výrazně spojen s procesem pozornosti (Pagnoni & Cekic, 2007).

Z dostupných výzkumů, sledujících působení meditace na mozkovou činnost, ve kterých byly použity moderní zobrazovací metody, můžeme shrnout, že meditace všímavosti je spojena především s aktivací oblastí podílejících se na pozornosti a exekutivních funkcí. Jedná se hlavně o **prefrontální kůru** (především dorzolaterální část), která byla více aktivní u meditujících v několika výzkumech (Newberg et al., 2001; Baerentsen et al., 2001; Ritskes et al., 2003; Lazar et al., 2000; Březczyński-Lewis et al., 2007). Lazarová s kolegy (2005) také zjistila větší tloušťku kortexu v této oblasti u dlouhodobě meditujících. Dorzolaterální prefrontální kortex je zatěžován při orientované pozornosti, je zodpovědný za plánování, organizování a regulování motoriky, hraje klíčovou roli v integraci senzorických a paměťových informací a v regulaci intelektové činnosti a akce (Koukolík, 2000, 2002). Dorzolaterální část prefrontální kůry se spolu s dalšími prefrontálními oblastmi a subkortikálními strukturami podílí na kontrole lidského chování, adaptivním plánování či adaptaci na nečekané proměny prostředí (Koukolík, 2002). Ve výzkumu Creswella a kolegů (2007) byl největší rozdíl mezi subjekty s vyšší a nižší všímavostí v aktivaci mediální oblasti prefrontální kůry, která je aktivní při úkolech vztahujících se k vlastní osobě, jako je například monitorování svých emočních stavů (Cahn & Polich, 2006). Ritskes a kolegové (2003) zjistili v průběhu zenové meditace aktivaci v oblasti gyrus frontalis medius, který je součástí frontálního laloku. Tato oblast je nazývána asociační oblast pozornosti a zvýšená aktivita

v této oblasti je spojována s vhladem, bdělostí, zvýšeným zájmem, lepším soustředěním a hlubší emocionální rezonancí (Austin, 1998).

Jinou oblastí, která byla aktivní během meditace všímavosti, je **přední část gyrus cinguli** (anteriorní cingulární kortex; Baerentsen et al., 2001; Brefczynski-Lewis et al., 2007; Hölzel et al., 2007). Tato oblast je velmi zajímavá a v poslední době se zvyšuje zájem výzkumníků o tuto část mozku. Je součástí zúženého profilu propojujícího systém orientované pozornosti, emotivity a rysů chování, které se přičítají osobnosti (Koukolík, 2002) a hraje důležitou roli v integraci pozornosti, motivace a motorické kontroly (Treadway & Lazar, 2009). Tato oblast je součástí okruhu zapojeného v procesu pozornosti při kognitivním i emočním zpracování podnětů. Rostrální část je aktivní během emočně zbarvených úkolů, dorzální při kognitivních úkolech (Bush, Lu & Posner, 2000). Je také spojována s emoční sebekontrolou (Allman et al., 2001) a s lepším uvědomováním si emocí (Lane et al., 1998).

Jelikož je tato oblast spojovaná s orientací pozornosti, lze očekávat, že bude u pokročilých meditujících více aktivní. Na druhou stranu zkušené meditující udávají lepší a snadnější udržení pozornosti, což může svědčit o menší potřebě aktivace cingulární kůry. Tato hypotéza byla ověřena ve výzkumu Brefczynského-Lewis a kolegů (2007). Ačkoliv aktivace této oblasti byla obecně větší u zkušených meditujících, měla křivka vztahu mezi silou aktivace a zkušeností tvar obráceného U – u středně pokročilých byla aktivace větší než u nováčků, u velmi zkušených byla nižší než u nováčků. Tento vztah tvaru obráceného U je obdobný u nácviku jiných dovedností a ukazuje na to, že po dlouhodobém nácviku je již k udržení trvalé pozornosti potřeba mnohem méně úsilí (Brefczynski-Lewis et al., 2007). Na druhou stranu Hölzelová a kolegové (2007) zjistili, že u pokročilých meditujících je aktivita v přední části cingulárního kortexu vyšší než u nováčků, a nepotvrdila tak křivku obráceného U. Tento rozdíl však může pramenit z rozdílné pokročilosti zkušených, resp. pokročilých meditujících (dlouholetí buddhističtí mniši versus pokročilí laikové) v obou výzkumech.

Anteriorní cingulární kortex je spojován také s úsilím nutným pro provedení úkolu, jako například v prvních stadiích učení anebo při řešení problémů (Allman et al., 2001). To však odporuje popisu všímavosti, která se vyznačuje neusilováním, nehodnocením a snížením konceptualizací. Ritskes a kolegové (2003) oproti předchozím výzkumům zjistili v průběhu zenové meditace snížení aktivity v této oblasti, což je podle nich důsledek snížené interference vůle. Výše zmíněné rozporuplné výsledky výzkumu meditace v souvislosti s aktivací přední části gyrus cinguli se souhrnně zdají nasvědčovat tomu, že v raných fázích výcviku všímavosti je více zapojená soustředěná pozornost, která se postupně zdokonaluje. V pokročilých stadiích, kdy je snadné dosáhnout klidnou pozornost, začíná převažovat receptivní monitorování vyznačující se neusilováním a spontánností.

Zajímavá je také **aktivace inzuly** při meditaci všímavosti (Brefczynski-Lewis et al., 2007). Inzulární kortex je klíčový při interoceptivním uvědomování a uvědomování si subjektivních emočních pocitů. Jelikož zpracovává tělesné počitky, podílí se na sebeuvědomování a na pocitu já (Craig, 2009). Navíc se účastní kontroly autonomního nervového systému. Poruchy v této oblasti jsou součástí mnoha duševních poruch (Treadway & Lazar, 2009).

Vliv na činnost mozku v klinickém prostředí sledovali Barnhofer a kolegové (2007). Depresivní pacienti, kteří se v minulosti pokusili o sebevraždu, byli náhodně rozděleni do experimentální (MBCT) a kontrolní skupiny (obvyklá léčba). U obou skupin bylo měřeno klidové EEG před a po skončení léčby (osm týdnů). U experimentální skupiny nebyla zjištěna změna prefrontální asymetrie, která je biologickým ukazatelem afektivního stylu. Oproti tomu u kontrolní skupiny byla zjištěna více pravostranná aktivace, jež je spojena s vyhýbáním se. Výsledky naznačují, že subjekty, které prošly programem MBCT, si vytvořily vyrovnanější vzorec prefrontální aktivity a tudíž vyrovnanější afektivní reagování, které může bránit tomu, aby pacient znovu upadl do negativního kognitivního stylu (Barnhofer et al., 2007).

## 9 Klinické využití všímavosti

Rozvíjení všímavosti prostřednictvím meditace má dlouhou tradici ve východních duchovních tradicích, a to především v buddhismu (Kabat-Zinn, 1990). Tyto tradice popisují meditaci všímavosti jako metodu dostupnou a vhodnou pro kohokoliv za účelem snížení psychického utrpení a podpoření pozitivních osobnostních vlastností, jako jsou vyrovnanost, soucit či moudrost (Goldstein & Kornfield, 1997). V posledních desetiletích rostoucí počet terapeutů a výzkumníků začal prosazovat myšlenku, že rozvoj všímavosti může být přínosný pro mnoho pacientů trpících celou řadou rozličných psychických problémů a poruch, kteří však nemají zájem osvojit si duchovní, potažmo buddhistickou filozofii a náboženství. Díky tomu, že byla všímavost teoreticky pojata jako sada dovedností, které mohou být rozvíjeny nezávisle na jakémkoliv náboženském přesvědčení, bylo umožněno její začlenění do terapeutických intervencí dostupných v západním klinickém prostředí (Baer & Krietemeyer, 2006).

Existuje mnoho způsobů, kterými lze zapojit všímavost do terapie duševních poruch. Za prvé může být nácvik všímavosti klíčovým prostředkem léčby. Takové terapeutické přístupy jsou nazývány *terapie založené na všímavosti* (mindfulness-based psychotherapy; Baer, 2003; Germer, 2005a). Za druhé může terapeut vycházet z konceptuálního rámce založeného na poznatcích získaných ze současného psychologického výzkumu všímavosti, zkušeností lidí praktikujících všímavost, a z buddhistické psychologie, která je založena na vhledu prostřednictvím všímavosti. Takové terapeutické zapojení všímavosti nazývá Germer (2005a) *terapie poučené všímavostí* (mindfulness-informed psychotherapy). Konečně za třetí může terapeut osobně praktikovat meditaci všímavosti a využít ve své terapeutické praxi osobní zkušenost z toho vycházející, jako je rozvoj empatie a soucitu či tolerance nepříjemných emocí (Fulton, 2005).

### 9.1 Terapie založené na všímavosti

Nejvýrazněji je všímavost využívána v přístupech, v nichž tvoří její rozvoj klíčovou součást terapie.

Mezi tyto intervence patří Program snižování stresu pomocí nácviku všímavosti (MBSR, Mindfulness-based Stress Reduction; Kabat-Zinn, 1990), Kognitivní terapie založená na nácviku všímavosti (MBCT, Mindfulness-based Cognitive Therapy; Segal, Williams & Teasdale, 2002), Dialektická behaviorální terapie (DBT, Dialectical Behavioral Therapy; Linehan, 1993a, b) a Terapie přijetí a angažovanosti (ACT, Acceptance and Commitment Therapy; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Pacienti se explicitně učí, jak rozvíjet bdělý a všímavý přístup ke svým problémům a jak zapojit všímavost do svého každodenního života.

Mezi jednotlivými terapeutickými směry založenými na nácviku všímavosti jsou mnohé variace a rozdíly. Všímavost může být rozvíjena prostřednictvím dlouhodobější, formální meditace (MBSR, MBCT) anebo různými kratšími a méně formálními cvičeními (ACT, DBT). Některé terapie byly původně určeny především pro individuální práci s klienty (ACT), zatímco jiné byly již od počátku koncipovány jako skupinové terapie (MBSR, MBCT) nebo zahrnují oba typy (DBT). Všímavost je v MBSR a MBCT základní složkou terapie, oproti tomu, je v ACT a DBT dílčí součástí komplexní terapeutické intervence (proto musíme být při interpretaci výsledků výzkumů těchto směrů opatrní, jelikož jejich účinnost může být důsledkem přidružených metod a nikoliv všímavosti). Délka trvání terapie se pohybuje od několika týdnů u některých speciálně zaměřených podob ACT (Bach & Hayes, 2002) až po



jeden rok či víc v případě DBT. MBSR a ACT byly vyvinuty pro léčbu celé řady onemocnění, zatímco DBT a MBCT byly vytvořeny původně pro konkrétní poruchy (Baer & Krietemeyer, 2006).

### 9.1.1 Program snižování stresu pomocí nácviku všímavosti

Program snižování stresu pomocí nácviku všímavosti (MBSR, Mindfulness-based stress reduction; Kabat-Zinn, 1990) je nejznámější a nejvíce využívaný terapeutický přístup uplatňující všímavost. MBSR byl vyvinut na Protistresové klinice massachusettské univerzity v 70. letech minulého století. Původně byl určen pro léčbu chronické bolesti a stresu spojeného se somatickými onemocněními, ale brzy našel uplatnění v terapii dalších psychologických problémů a duševních nemocí. Na jeho základě bylo modelováno mnoho dalších variací určených pro léčbu specifických poruch a problémů, například pro psychoterapii onkologických pacientů (Carlson, Speca, Patel & Goodey, 2003, 2004), pro podporu spokojenosti v partnerském vztahu (MBRE – Mindfulness Based Relationship Enhancement; Carson, Carson, Gil & Baucom, 2004, 2006) nebo pro léčbu poruch příjmu potravy (Kristeller, Baer & Quillian-Wolever, 2006).

MBSR je koncipován jako osmitýdenní program se skupinovými setkáními jedenkrát týdně, která trvají 2-3 hodiny. Počet klientů ve skupině je do 30, přičemž klienti nejsou dáváni do skupin podle diagnózy. Naopak je udržována rozmanitost problémů a potíží v každé skupině. V průběhu těchto setkání se klienti učí a praktikují postupně několik technik rozvíjejících všímavost, dozvídají se o povaze stresu a jeho zvládání a sdílejí své zkušenosti. Techniky, které se klienti učí, jsou především uvědomování si těla (body scan), meditace vsedě (sitting meditation) či meditace v pohybu, jako je jóga či meditace v chůzi. Při cvičení uvědomování si těla leží klienti pohodlně na zádech se zavřenýma očima a jsou vedeni k tomu, aby si pečlivě uvědomovali pocity v jednotlivých částech těla. Meditace vsedě spočívá v sledování tělesných pocitů vyvolaných dýcháním, zatímco klient sedí v uvolněné pozici s rovnými zády a zavřenýma očima. Při meditaci v pohybu jsou podobně pečlivě pozorovány tělesné pocity spojené s chůzí nebo s protahujícími cviky převzatými z jógy. Při všech těchto cvičeních jsou klienti vedeni k tomu, aby bedlivě sledovali objekt pozornosti (např. dech či chůzi) a byli si jej co nejvíce vědomi. Pokud cvičící zjistí, že se jeho pozornost zatoulala do vzpomínek, fantazií či plánů, má za úkol si krátce a bez hodnocení všimnout jejich obsahu a nenásilně se vrátit zpět do přítomnosti. Podobně jsou bez hodnotících soudů sledovány emoce či tělesné pocity. Tímto způsobem se klienti učí všimnout si svých myšlenek a pocitů, aniž by se do nich nechali vtáhnout.

Na konci každého setkání dostávají pokyny k domácím cvičením na příští týden, které se skládají z praktikování těchto technik každý den v rozsahu až 45 minut denně. Zpočátku dostávají klienti audionahrávku, obsahující namluvené pokyny k jednotlivým cvičením, postupně se však učí provádět cvičení samostatně bez vedení. Spolu s formálními cvičeními jsou klienti vybízeni k vnášení všímavého postoje do každodenních aktivit, jako je mytí nádobí, uklízení, jedení apod.

Domácí úkoly tvoří klíčovou část programu, a proto je jim věnovaná velká pozornost. Na počátku programu při úvodních individuálních setkáních je zdůrazňována jejich nezbytnost a klíčová úloha a klienti jsou povzbuzováni k tomu, aby učinili závazek dodržovat je po celou dobu trvání programu. Klientům se doporučuje praktikovat domácí úkoly i přesto, že může být náročné zapojit cvičení do denního harmonogramu nebo může někdy vyvolávat nepříjemné pocity. Je vhodné klienty podpořit v tom, aby odložili hodnocení o přínosu těchto cvičení na konec kurzu. Přistupovat k cvičení by měli s postojem experimentování a objevování bez ohledu na to, jestli se jim momentálně líbí, anebo cítí konkrétní výsledky. Při

každotýdenních společných setkáních je pak značná část věnovaná diskuzi a sdílení zkušeností z domácího cvičení.

Důležitým aspektem programu MBSR je také kvalifikace terapeuta, který by měl mít dlouhodobou zkušenost s meditací všímavosti a pravidelně ji praktikovat. Osobní zkušenost je nezbytná pro kultivaci všímavého postoje, který se vyznačuje nehodnotícím přijetím čehokoliv, co se v průběhu cvičení objeví. Tento postoj pak může vnášet do skupiny a vytvářet v ní atmosféru otevřenosti, zvědavosti a nehodnocení ke klientům a jejich zkušenostem. Terapeutické vedení by nemělo spočívat v udílení rad či návrhů k nějakým změnám chování, jako je tomu např. v KBT, ale v zkoumání zkušenosti klientů bez ohledu na to, jaká je. I v případě nepříjemných pocitů a myšlenek (sebekritika, nuda, bolest apod.) je pak mohou přijímat s vlídnou zvědavostí. Obzvlášť důležitá je diskuze o zkušenostech, které jsou vnímané jako potíže či překážky. Klienti mohou mít problém cvičit, jelikož se cítí unavení či neklidní, jsou vyrušováni zvuky z okolí, často se jejich pozornost zatoulává jinam, nudí se anebo se objeví negativní myšlenky o tom, že je cvičení ztráta času či že jim vůbec nepomáhá. Ke všem těmto zkušenostem je přistupováno s otevřeností a zájmem a jsou prozkoumávány bez hodnocení. Terapeut vede klienty k tomu, aby si těchto zkušeností všimli se zájmem, ale nesnažili se je měnit či potlačovat. Právě takové negativní zkušenosti jsou totiž především spojené s patologií a vzhled do nich vede k pochopení toho, jak myšlenky a emoce souvisí s onemocněním. Například myšlenky depresivního pacienta typu „Mě to cvičení vůbec nepomáhá, mě stejně nic nepomůže, všechno je jen ztráta času“, ukazuje na depresivní myšlenková schémata, která vedou k pasivitě a stažení se.

Všechny potřebné informace o meditaci všímavosti v klinickém prostředí, programu MBSR, jednotlivých technikách a rozsáhlém teoretickém zázemí lze čerpat z knihy [J. Kabat-Zinna \(1990\)](#).

### 9.1.2 Kognitivní terapie založená na nácviku všímavosti

Kognitivní terapie založená na nácviku všímavosti (MBCT, Mindfulness-based Cognitive Therapy; [Segal, Williams & Teasdale, 2002](#)) je strukturovaný terapeutický program vycházející významně z MBSR. Byl vytvořen pro prevenci relapsu depresivní poruchy u pacientů v remisi, kde prokázal svou efektivitu ([Teasdale et al., 2000](#); [Ma & Teasdale, 2004](#)). Úspěšně byl však aplikován i u dalších poruch jako například u poruch příjmu potravy ([Baer, Fischer & Huss, 2005](#); [Kristeller, Baer & Quillian-Wolever, 2006](#)), generalizované úzkostné poruchy ([Roemer, Salters-Pedneault & Orsillo, 2006](#)) či poruchy spánku ([Yook et al., 2008](#)). Mimo dospělou populaci byla také využita při léčbě deprese a úzkosti u dětí ([Semple, Lee & Miller, 2006](#)) či starých lidí ([Smith, 2006](#)).

I přes úspěšnost kognitivně-behaviorální terapie depresí zůstává problémem vysoké riziko relapsu, které vzrůstá s každou epizodou. Běžným řešením je dlouhodobá léčba psychofarmaky, ale to je způsob finančně nákladný a pro mnoho lidí nepřijatelný. Program MBCT proto vznikl jako výsledek snahy o vytvoření profylaktické, udržovací kognitivní terapie depresivní poruchy, která by byla alternativou k medikamentózní léčbě. Tvůrci MBCT zkoumali zpracování informací v průběhu depresivního relapsu a došli k závěru, že účinným prostředkem bránícím nástupu depresivní epizody může být nácvik regulace pozornosti (attentional control), který je součástí meditace všímavosti ([Teasdale, Segal & Williams, 1995](#)). Podle této analýzy je příčinou relapsu deprese reaktivace depresogenních myšlenkových schémat vytvořených během předchozích epizod. Toto opětovné spuštění depresivních myšlenkových vzorců je způsobeno běžným poklesem nálady. Aby lehce



negativní myšlenky způsobené běžným poklesem nálady neeskalovaly do sebekritických, depresogenních myšlenkových schémat, je třeba tento proces v počátku podchytit. Děje se to mechanismem, který autoři identifikovali jako jeden ze základních účinných faktorů KBT, a to změnou perspektivy či vztahu ke svým myšlenkám. Autoři tuto změnu perspektivy nazývají decentrace (odstup), při které se jedinec dezidentifikuje se svými myšlenkami. Tato dezidentifikace se dá vyjádřit tvrzeními „myšlenky nejsou skutečnost“ či „já nejsem svými myšlenkami“ (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Myšlenky (a podobně také pocity) jsou vnímány pouze jako přechodné stavy mysli, čímž se snižuje jejich vliv na náladu a chování. Tento decentrovaný postoj je v KBT rozvíjen především implicitně. V meditaci všímavosti je však tato decentrace jedním z ústředních procesů a explicitně je dezidentifikace s myšlenkami podporována. Proto Teasdale et al. (1995) dospěli k závěru, že by mohla být účinnou metodou v prevenci relapsu deprese. Jejich následný výzkum (Teasdale et al., 2000; Ma & Teasdale, 2004) jejich hypotézu potvrdil.

Teoretický model MBCT mimo jiné popisuje specifické vzorce psychické aktivity, kterou autoři označují jako *módy*. Rozlišují především dva stavy či módy mysli – mód konání (doing mode) a mód bytí (being mode) – které objasňují důležitost všímavosti v terapii (Segal et al., 2002). Psychický mód je určitý vzorec mentální aktivity určující zpracování informací. V módu jednání je neustále monitorován rozdíl mezi tím, jak věci jsou, a přáním, jak by měly být. Tato diskrepance vyvolává negativní emoce a spouští myšlenkové vzorce, které mají za cíl snížit rozdíl mezi přáním a realitou. Pokud lze provést konstruktivní čin snižující diskrepanci, je tento mód mysli prospěšný a vede k dosažení určitých výsledků. Pokud však nelze učinit nic, co by mohlo problematickou situaci změnit (např. při zármutku nad smrtí partnera), stává se mód jednání neproduktivní a depresogenní. Pozornost je pak věnována neustálé analýze problémové situace a hledání řešení. Takové ruminace pak prohlubují depresivní stav (Nolen-Hoeksema, 1991). Jelikož však řešení neexistuje, vede tento stav k neustálému pocitu nespokojenosti. Problém je, že tento stav mysli probíhá často zcela nezáměrně, nevědomě a neplánovaně (Segal et al., 2002).

Všímavost představuje rozdílný mód, který je popisován jako mód bytí. V MBCT je ústředním bodem vyproštění se z módu jednání, a to především ze sebeobviňujících, negativních ruminací. Mód bytí je zaměřen na uvědomování si a přijetí čehokoliv v přítomném okamžiku bez snahy to měnit. V tomto módu nejde o dosažení určitých výsledků, a proto není potřeba srovnávat stávající stav s žádoucím. Nejsou analyzovány možné důsledky problému, nejsou hledána řešení. Také není hodnocena správnost či oprávněnost myšlenek, nepolemizuje se s nimi ani není vynakládána snaha je změnit. Místo toho je pozorováno a akceptováno vše, co se právě děje (včetně myšlenek, a to i těch vyžadujících zahájení činnosti vedoucí ke změně). V módu bytí se jedinec nezabývá ani minulostí, ani budoucností, ale prožívá v plné hloubce a bohatosti přítomný okamžik. Tento stav se vyznačuje přímým, bezprostředním a intimním prožíváním přítomnosti (Segal et al., 2002).

Pozitivní přínos má tento stav mysli z několika důvodů. Empirické výzkumy ukázaly, že snaha o potlačení myšlenek, vede paradoxně k jejich častějšímu výskytu a intenzitě (Wegner & Zanakos, 1994). To, že se pacient nesnaží negativní myšlenky potlačit nebo změnit, vede k jejich vymizení. Důležitý je přitom však také decentrovaný postoj, při němž nejsou myšlenky brány doslova a jsou vnímány jen jako přechodné psychické jevy. Omezení snahy o nalezení okamžitých řešení také dává prostor pro alternativní, kreativní a více adaptivní řešení (Coffman, Dimidjian & Baer, 2006). Taková řešení nejsou vázaná na verbálních pravidlech, která jsou zakořeněna v habituálních a depresogenních myšlenkových vzorcích. Díky nehodnotícímu pozorování si také mohou pacienti včas uvědomit příznaky nadcházejícího relapsu a zvolit více adaptivní způsob, jak mu předejít.

Autoři připodobňují módy mysli k převodovým stupňům automobilu. Každý rychlostní stupeň je vhodný jen pro určitou situaci, zatímco v jiných naprosto selhává. Podobně je konkrétní psychický mód vhodný jen v určitých případech. Platí také to, že mysl nemůže fungovat ve dvou módech současně, a pokud se mysl nachází v jednom módu, zabraňuje fungování psychiky v jiném módu. Ačkoliv většinou probíhá přepínání mezi psychickými módy automaticky, lze se naučit vědomě volit mód mysli, stejně jako se řadí v autě. Cílem nácviku všímavosti je uvědomit si, v jakém módu se nacházíme, a naučit se podle potřeby přecházet mezi módy.

MBCT je strukturovaný podle MBSR, a jedná se tedy také o osmitýdenní, manualizovaný program pro skupiny kolem 12 klientů s dvěma hodinovými skupinovými setkáními jednou týdně. Také v MBCT se pracuje se cvičením uvědomování si těla (body scan), meditací vsedě, jógou, meditací v chůzi a stejně tak se zapojením všímavosti do běžného života. S MBSR sdílejí také zásadní roli rozsáhlé domácí praxe a povahu skupinové diskuze, vyznačující se otevřeným, nehodnotícím přístupem ke klientům a jejich zážitkům. V MBCT se didaktická část setkání soustředí na informace o povaze depresivní poruchy a možnosti jejího předcházení.

To, co odlišuje MBCT od MBSR především, je však zapojení některých technik z tradiční kognitivní terapie deprese. Jedná se především o techniky, které rozvíjejí decentrovaný odstup od vlastních myšlenek spíše než ty, které mají za cíl změnit obsah negativních myšlenek. Jednou z technik je cvičení vztahu mezi myšlenkami a pocity, které má za úkol ukázat, že myšlenky nejsou skutečnost, nejsou nutně pravdivé. Jedná se o tzv. ABC model (Action (situace) -> Belief (interpretace) -> Cause (důsledek, emoce)), který klienty učí, že to, jak se cítí, je dané víc jejich interpretací skutečnosti (myšlenkami) než skutečným stavem věcí. V jiném cvičení se klienti učí, jak jsou jejich myšlenky ovlivňovány náladou. Podobně diskuze ohledně automatických negativních myšlenek ukazuje, že víra v jejich pravdivost se mění s naší náladou. Tato cvičení mají vést klienty k uvědomění si toho, že myšlenky jsou jen přechodné stavy mysli, tj. nejsou vždy absolutně platné a pravdivé, ale že jsou podmíněné psychickým stavem.

Poslední lekce MBCT je věnovaná krokům zabraňujícím relapsu deprese (relapse prevention action plans). Klienti si vytvářejí individuální seznam vlastních příznaků nastupující deprese a možností, jak předejít plnému rozvinutí deprese.

Kompletní informace o MBCT včetně teorie, metod a rozvrhu celého programu lze nalézt v knize autorů [Segala, Williamse a Teasdala \(2002\)](#).

### 9.1.3 Dialektická behaviorální terapie

Dialektická behaviorální terapie (DBT, Dialectical Behavioral Therapy) je komplexní kognitivně-behaviorální terapeutický přístup vytvořený především pro léčbu hraniční poruchy osobnosti ([Linehan, 1993a, b](#)). V poslední době se uplatňuje i v léčbě jiných poruch, jako jsou smíšené úzkostné a depresivní poruchy ([Marra, 2004](#)), úzkostné poruchy ([Gratz, Tull & Wagner, 2005](#)), poruchy příjmu potravy ([Telch, Agras & Linehan, 2001](#)), posttraumatická stresová porucha ([Follette, Palm & Rasmussen-Hall, 2004](#)), či v případě partnerského násilí ([Rathus, Cavuoto & Passarelli, 2006](#)).

DBT je založena na dialektickém světonázoru, který spočívá v syntéze či integraci protichůdných pojmů. Základním dialektickým vztahem je v tomto směru protiklad změny a přijetí. DBT zahrnuje celou řadu kognitivních a behaviorálních technik určených k změně myšlenek, emocí a chování. Na druhou stranu však učí také klienty přijmout sebe, svou zkušenost a svou minulost takové, jaké jsou. Všímavost hraje v této syntéze změny a akceptace klíčovou úlohu.

Terapie je organizovaná jako jednoletý program pravidelných skupinových setkání, která zahrnují především nácvik ve třech modulech: interpersonální vztahy, emoční regulace a tolerance nepříjemných emocí. Zároveň klienti spolu s terapeutem pracují během individuálních sezení na převedení dovedností naučených ve skupinách do svého každodenního života. Všímavost je popisovaná jako klíčová dovednost, která napomáhá k osvojení si všech ostatních dovedností. Podobně jako v MBSR a MBCT je všímavost v rámci DBT popisovaná jako nehodnotící pozorování myšlenek, emocí a vnějších podnětů. [Linehanová \(1993a, b\)](#) však popisuje všímavost jako výsledek šesti tzv. všímavých dovedností (mindfulness skills). Jsou jimi tři dovednosti spojené s tím, co dělat („what“ skills), a tři dovednosti odkazující na způsob, jak to dělat („how“ skills). Mezi tři „co“ dovednosti patří pozorování (observing), tj. všímání si své intrapsychické zkušenosti, aniž by k ní byl jedinec připoután nebo do ní vtažen; popisování (describing), tj. označování a verbalizování vlastní zkušenosti; a zúčastnění (participating), tj. plné zapojení se do toho, co zažívám. Tři „jak“ dovednosti jsou bez hodnocení (nonjudgementally), tj. zaujetí nehodnotícího postoje, zaměření se na „holá fakta“ a přijetí každého okamžiku; jednomyslně (one-mindfully), tzn. v jednu chvíli dělat pouze jednu věc, nerozptylované soustředění na jednu činnost; a účinně (effectively), tj. chovat se v souladu s vlastními hodnotami a dlouhodobými cíli, dělat to, co je potřeba v konkrétní situaci ([Linehan, 1993b](#); [Lynch & Bronner, 2006](#)).

Nácvik a rozvíjení všímavosti je součástí všech ostatních oblastí či modulů, na které se DBT zaměřuje (interpersonální vztahy, emoční regulace a tolerance nepříjemných emocí). Jeho prostřednictvím se osvojují i dovednosti v těchto oblastech. V nácviku regulace emocí je například podstatná dovednost identifikovat a pojmenovat vlastní pocity, což vyžaduje zapojení všímavých dovedností pozorování a popisování. Klienti se učí všímat si a rozpoznávat rozličné aspekty emocionální reakce, jako je událost, která ji vyvolala, interpretace události, subjektivní emocionální prožitek včetně fyziologických příznaků, impuls k určitému jednání, související chování atd. Současně se prostřednictvím všímavosti klienti učí přijímat své emoce bez sekundární reakce na ně (např. pocity studu či viny za to, co cítí, hněv na sebe apod.). Všímavost také učí snášet i nepříjemné emoce, aby byly potlačovány či zastavovány, a funguje tedy jako technika expozice či desenzitizace nepříjemných podnětů používaná v behaviorální terapii. Zároveň je zdůrazňován fakt, že nepříjemné pocity či stres jsou přirozenou součástí života. Klienti jsou vedeni k tomu, aby dokázali stres a nepříjemné pocity dovedně snášet. K tomu se využívá mnoho technik z meditace všímavosti, jako je sledování vlastního dechu nebo plné uvědomování si probíhající činnosti.

Jelikož někteří klienti nemusí být ochotni nebo schopni praktikovat rozsáhlý nácvik meditace všímavosti, jako je tomu v MBSR či MBCT, učí se všímavé dovednosti v kratších a méně formálních cvičeních, která jsou často převzata z východních (např. zenových) cvičení. V DBT je k dispozici celá řada takových cvičení, která jsou vybírána individuálně podle potřeb klienta. V jednom takovém cvičení si například představuje klient svou mysl jako oblohu a myšlenky či emoce jako mraky, které volně plynou po obloze, přicházejí a odcházejí, aniž by byla obloha dotčena. Jiná cvičení pracují s dechem jako sledování nádechů a výdechů, sladění dechu s chůzí, počítání dechu apod. Jiná cvičení podporují všímavost v průběhu každodenních aktivit jako při koupání či oblékání.

Důkladný popis teorie a praxe DBT obsahuje kniha [Marshy Linehanové \(1993a\)](#), kterou doplňuje cvičebnice s jednotlivými návody a popisy technik ([Linehan, 1993b](#)).

### 9.1.4 Terapie přijetí a angažovanosti

Terapie přijetí a angažovanosti (ACT, Acceptance and Commitment Therapy; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999) je obecný terapeutický přístup určený k léčbě celé řady problémů a duševních poruch, který je založen na současné behaviorální analýze (Hayes, 2004).

ACT zahrnuje strategie určené ke změně chování, jako jsou psychoedukace, expozice, nácvik řešení problémů a interpersonálních dovedností a další. Zároveň do léčby zapojuje akceptaci a všímavost, které umožňují změnu chování potřebnou k naplnění osobních cílů a k životu, který je ve shodě s osobními hodnotami.

V ACT se léčebné metody nepopisují v termínech všímavosti, přesto je tento směr zařazován mezi přístupy založené na všímavosti, jelikož mnoho strategií je konzistentních s ostatními terapiemi pracujícími se všímavostí (Baer, 2003). Klienti se například učí uvědomovat si vnitřního pozorovatele, který je schopen pozorovat myšlenky a emoce bez identifikace s nimi. Zároveň jsou podporováni přijímat myšlenky a emoce tak, jak přicházejí, bez posuzování a hodnocení a aniž by se je snažili změnit nebo se jim vyhnout.

Klíčovým pojmem v ACT je zážitkové vyhýbání se (experiential avoidance), které je definováno jako jev, kdy „není jedinec ochoten zůstat ve spojení s určitými vnitřními zkušenostmi (např. tělesnými počitky, emocemi, myšlenkami, vzpomínkami, psychologickými predispozicemi) a podniká kroky, aby změnil frekvenci či podobu těchto jevů nebo prostředí, ve nichž se objevují, a to i v případě, když tyto kroky způsobují utrpení“ (Hayes et al., 1996, s.1154). V ACT se pracuje s tím, že mnohé formy psychopatologie jsou způsobené kontraproduktivní a neplodnou snahou uniknout nepříjemným vnitřním pocitům, například v podobě zneužívání drog, bulimického přejídání, disociací a vyhýbání se lidem, situacím a místům, které je vyvolávají (Hayes et al., 1996). Jak ukázaly laboratorní výzkumy (např. Wegner & Zanakos, 1994; Roemer & Borkovec, 1994), vede potlačování určitých myšlenek paradoxně k tomu, že se zvýší jejich četnost. Namísto zážitkového vyhýbání vede ACT k ochotě zažívat přítomný okamžik takový, jaký je, a jednat v souladu s osobními cíli a hodnotami. Při léčbě jsou klienti vedeni k uvědomění si toho, že většina jejich utrpení není způsobená symptomy samotnými, ale snahou vyhnout se jim. Toto vyhýbání narušuje život v souladu s osobními hodnotami. Například pacient trpící sociální fobií je veden k pochopení, že jeho cíle v oblastech, jako jsou partnerské vztahy či kariéra, jsou ohroženy snahou vyhnout se nepříjemným pocitům v určitých sociálních situacích, nikoli nepříjemnými pocity samotnými. Nenaplnění cílů a hodnot, které jsou pro člověka důležité, je pak zdrojem trápení. Pacient se učí snášet a přijímat své nepříjemné pocity a jednat v souladu se svými hodnotami.

Všímavost je v tomto pojetí vnímána jako výsledek čtyř vzájemně propojených psychických procesů: přijetí, odstupu (defusion), kontaktu s přítomným okamžikem a rozpoznáním sebe jako nezaújatého pozorovatele (self-as-context).

Přijetí (acceptance) je proces aktivního a vědomého přijímání intrapsychických prožitků tak, jak se vynořují, bez snahy měnit jejich podobu či frekvenci, a to obzvlášť, pokud by taková snaha způsobila další psychickou újmu. Přijetí znamená výslovné vzdání se snahy o kontrolu nad prožitky, které jsou mimo naši kontrolu anebo u kterých snaha zbavit se jich vede jen k jejich paradoxnímu zesílení či častějšímu výskytu. Akceptace podporuje vystavení se v minulosti potlačovaným emocím, a to prostřednictvím bedlivého pozorování jednotlivých elementů těchto emocí (pocení, zrychlený srdeční tep apod.). Klient se tak učí, že může prožívat určité emoce bez újmy.

Kontakt s přítomným okamžikem odkazuje na zaměření pozornosti na „tady a teď“. Znamená to neustále probíhající nehodnotící spojení a popisování vnitřních (myšlenky, pocity a tělesné počitky) a vnějších podnětů (zvuky, pachy, zrakové počitky) a zahrnuje také pozorování reakcí na tyto podněty.



Odstup (cognitive defusion) označuje změnu ve způsobu, jakým se člověk vztahuje k vnitřním obsahům, jako jsou myšlenky. Děje se to prostřednictvím technik, které snižují doslovnost nebo uvěřitelnost těchto obsahů. Klienti se učí pozorovat své myšlenky, aniž by jim bezvýhradně věřili anebo aniž by museli vždy jednat podle nich. Snižuje se tak vliv určitých myšlenek na jednání, jelikož se klienti učí, že mohou myšlenky pozorovat a přitom jim nemusí nutně věřit. Depresivní pacient například může myšlenku „Nejsem dost dobrý“ označit jako „Mám myšlenku, že nejsem dost dobrý“. Podstatný je fakt, že myšlenky samy o sobě nejsou škodlivé. Naopak může být škodlivá přehnaná snaha je ovládnout či potlačit. Kognitivní odstup je v souladu s tradiční kognitivně-behaviorální terapií, v níž jsou myšlenky chápány jako hypotézy, které se mohou testovat. Na rozdíl od KBT se však myšlenky neanalyzují, nepolemizuje se s nimi a ani se nemění jejich obsah.

Kognitivní odstup je podporován rozpoznáním sebe jako nezaújatého pozorovatele (self-as-context). Tento pojem odkazuje na změnu perspektivy, kdy sebe jedinec vnímá jako pozorovatele nepřetržitého proudu prožitků, aniž by k nim byl jakkoliv připoután, a který je tímto proudem nedotčen. Tento proces znamená dezidentifikaci s obsahy vědomí neboli rozpoznání toho, že jádro osobnosti (self) je odlišné od myšlenek a emocí, které vstupují do vědomí. Takto si klient uvědomuje, že může mít širokou škálu myšlenek a emocí, aby jimi byl zraňován, a zároveň si uvědomuje jejich přechodnost a bezvýznamnost (Fletcher & Hayes, 2005; Hayes & Plumb, 2007).

V ACT se hodně pracuje s imaginací a metaforou jako prostředkem k podpoře výše zmíněných procesů. V jednom cvičení má například klient za úkol rychle za sebou opakovat jedno slovo (např. mléko). Po chvíli ztrácí slovo význam a stává se pouhým zvukem. Tak se rozvíjí schopnost deliteralizace verbálních myšlenkových pravidel. V jiném cvičení sleduje klient své myšlenky jako vojsko na přehlídce. Myšlenky vstupují jako vojáci do vědomí, nějakou dobu se v něm pohybují a zase odcházejí. Pro podporu nezaújatého pozorovatele je klient v představě provázen různými životními situacemi a je veden k tomu, aby si uvědomil, že přes situační a emoční změny vnitřní pozorovatel, stojící v pozadí, zůstává stále stejný a nedotčený. Jelikož jsou v ACT velmi důležité osobní cíle, používá se v ní celá řada technik k jejich zvědomění. Klient si má například představit, co by chtěl, aby bylo vytesáno na jeho náhrobním kameni. Velké množství podobných technik a metod spolu s rozsáhlým teoretickým zázemím lze najít v knize autorů Hayese, Strosahla & Wilsona (1999).

### 9.1.5 Satiterapie

Satiterapie (sati = všímavost) je terapeutická metoda, která vychází z buddhistické filozofie a psychologie. Ústředním prostředkem léčby je všímání si skutečně probíhajících procesů, vycházející z buddhistických meditačních technik. Klíčovým pojmem v satiterapii je tedy všímavost. Zakladatelem satiterapie je psychoterapeut a univerzitní učitel psychologie Mirko Frýba, který se stal v roce 1998 na Srí Lance buddhistickým mnichem. Satiterapie vznikala v sedmdesátých letech ve Švýcarsku a dále se rozvíjela v devadesátých letech v Čechách.

Satiterapie se zakládá na respektu ke všemu živému a na eticky dovedné pomoci dosáhnout terapeutických cílů definovaných samotným klientem ve smyslu na klienta zaměřeného přístupu C. R. Rogerse. Za tímto účelem integruje také techniky psychodramatu, pohybového a výtvarného vyjadřování. Je vhodná například při neurotických poruchách a poruchách vyvolaných stresem, psychosomatických onemocněních, disharmonickým vývoji a hraničních poruchách, psychózách v remisi s důrazem na resocializaci. Kontraindikacemi jsou nemotivovanost klienta, organické duševní poruchy a mentální retardace a akutní psychotické stavy (Hájek, 2000; Benda, 2007a).

Jedním z principů satiterapie je *princip všímavého zakotvení v tělesně prožívané skutečnosti*. Na tomto základě klient sám přichází k poznání, které léčí, získává vhled do své patologie a odkrývá své léčivé možnosti. Vhled do souvislostí mezi jednotlivými událostmi, vzájemné podmíněnosti jevů prožívání je podkladem moudrého nadhledu, který je dalším principem satiterapie.

Rozsáhlý a důkladný popis buddhistické psychologie abhidhammy a její implikace do psychoterapie lze najít v knihách M. Frýby (2003, 2008)

### 9.2 Zapojení všímavosti do terapie jiných směrů

Mimo výše citované směry, které explicitně využívají nácvik všímavosti jako prostředek terapeutické změny a u kterých je všímavost základní prvek terapie, lze všímavost zapojit do terapie primárně vycházející z jiných teoretických základů.

Obecně lze říci, že cílem terapie je klient, který si uvědomuje a akceptuje různé části své osobnosti, uvědomuje si své pocity a jejich drobné změny, dokáže přijmout a integrovat sebe a své prožitky a dokáže vědomě a efektivně jednat. Tyto vlastnosti – uvědomování, akceptování, efektivní jednání – jsou základem všímavosti a jsou jejím nácvikem rozvíjeny. Proto má všímavost, ať už implicitně nebo explicitně, v terapii své místo.

Jak ukázaly některé studie, může být nácvik všímavosti vhodným doplňkem ke standardní terapii (ať dynamicky nebo kognitivně-behaviorálně orientované) a může zvyšovat jejich účinnost (Deatherage, 1975; Kutz, 1985; Weiss, Nordlie & Siegel, 2005).

Kutz (1985) například sledoval vliv všímavosti na klienty, kteří absolvovali dlouhodobou hlubinně-dynamickou psychoterapii. Klienti docházeli na pravidelnou individuální terapii a k tomu navíc v experimentální skupině meditovali doma 45 minut denně po dobu 10 týdnů meditací uvědomění a všímavosti. U těchto klientů se zvýšila míra životní spokojenosti, a zmírnily se pocity úzkosti a deprese, a to jak z pohledu klientů, tak z pohledu terapeutů. Terapeuti navíc u meditujících klientů zaznamenali výrazné zlepšení vzhledu (Kutz, 1985).

Podle Martina (1997) je všímavost jedním ze společných účinných faktorů, který lze najít ve všech terapeutických směrech. Všímavost, pojatá konceptuálně jako nehodnotící uvědomování si vlastní zkušenosti, lze vystopovat ve většině terapeutických intervencí. V hlubinně-dynamické terapii je například zvědomování a integrace vytěsněných traumatických zkušeností základním terapeutickým cílem. Jako prostředek k tomu slouží mimo jiné techniky volných asociací, které jsou konzistentní s konstruktem všímavosti. Klient při nich volně sleduje a referuje o svých pocitech, myšlenkách a představách v bezpečném prostředí vytvořeném nehodnotícím a akceptujícím postojem terapeuta. To vede k prohloubení vzhledu a uvědomění si dříve přehlížených podnětů. Zaměření nehodnotící pozornosti na vlastní vnitřní prostředí (očekávání, pocity, myšlenky, záměry apod.), které se prostřednictvím všímavosti rozvíjejí, je také podle Beitmana a Sotha (2006) klíčovým procesem využívaný terapeuty všech orientací.

Podobně v kognitivních terapiích se klient postupně učí všímat si vlivu dysfunkčních schémata na své pocity a chování. Důležitá je v tomto ohledu nezaujatá explorační psychických obsahů, umožnění alternativních pohledů na ně a odstoupení od nich, takže jimi není jedinec automaticky ovlivňován a podmíněn. Toto odstoupení či decentrace je podle některých autorů hlavním účinným prostředkem kognitivní terapie (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Ačkoliv jsou procesy rozvíjené všímavostí součástí většiny terapeutických intervencí, jsou popisovány konceptuálně odlišně. Mnohé terapeutické přístupy jsou v konkrétních oblastech plně konzistentní s přístupy rozvíjejícími všímavost. S účinnými faktory, identifikovanými v rámci všímavosti, se však nepracuje explicitně a vědomě. Současný výzkum všímavosti a

její role v terapii, včetně jasně definovaných a empiricky ověřených účinných faktorů, tak může být přínosem pro kliniky rozdílných teoretických zázemí. Ty mohou některé konkrétní techniky a poznatky integrovat do své terapeutické praxe.

### 9.3 Všímavost pro terapeuty

Jedním z nejdůležitějších důsledků všímavosti v terapii nemusí být pouze v technikách, které se učí klienti, ale také na straně praktikujícího terapeuta, který dokáže být více přítomný (Bien, 2009). Ve skutečnosti není možné učit všímavost, aby ji terapeut sám praktikoval (Kabat-Zinn, 1990; Segal, Williams & Teasdale, 2002 a jiní). Všímavost může být vnášena do terapie také ze strany terapeuta, který praktikuje meditaci všímavosti, explicitně však své klienty všímavost neučí. Ačkoliv je takto všímavost do léčby vnášena implicitně, může mít na výsledek terapie podstatný vliv. Jak píše Fulton (2005) „všímavost může být nevyužitým zdrojem pro terapeuty ve výcviku jakéhokoliv směru, jelikož ovlivňuje faktory, které jsou nejvíc zodpovědné za úspěšnou léčbu“ (s. 55). Jak ukazuje výzkum psychoterapie, nezáleží tolik na terapeutické metodě jako spíše na kvalitě vztahu mezi terapeutem a klientem (metaanalýza, viz např. Shapiro & Shapiro, 1982). Ten by se měl vyznačovat takovými vlastnostmi ze strany terapeuta, jako jsou vřelost, empatie, pochopení a přijetí (Rogers, 1998; Fulton, 2005). Přestože jsou tyto vlastnosti a dovednosti v terapii klíčové, při výcviku se klade často větší důraz na osvojení si technik a metod té které terapeutické intervence. Všímavost může hrát pozitivní úlohu při rozvíjení dovedností souvisejících s dobrým terapeutickým vztahem (Surrey, 2005), může podporovat rozvoj terapeutických dovedností (Fulton, 2005) a zvyšovat odolnost vůči stresu u terapeutů (Shapiro et al., 2005; Shapiro, Brown & Biegel, 2007). Některé výzkumy naznačují, že všímavost může být proto vhodnou součástí v terapeutickém výcviku (Grepmaier, Mitterlehner, Loew & Nickel, 2007).

Podstatným přínosem všímavosti je rozvoj empatie. Empatie je podle Rogerse (1998) jednou z nezbytných a dostačujících podmínek terapeutické změny. Přes svou klíčovou roli se dá jen stěží naučit. Podle Fultona (2005) může být nejmocnější metodou rozvíjení empatie právě všímavost. Koncept všímavosti se v mnohém překrývá s empatickým vcítěním, a proto rozvoj empatie je jedním z mnoha důsledků všímavosti (Block-Lerner et al., 2007). Jelikož všímavost rozvíjí sebeporozumění a soucit (přijetí) k sobě samému, je empatie přirozeným rozšířením těchto vlastností i na druhé. Otevření se vlastním nepříjemným pocitům umožňuje meditujícímu být otevřený k utrpení druhých. Nehodnotící pozorování rozvíjené všímavostí může umožnit vnímat druhého z jeho perspektivy, bez předsudků a vlastních interpretací. Podmínkou empatického porozumění je také schopnost být v přítomnosti a věnovat druhému pozornost, což je základem všímavosti. Navíc je součástí všímavosti také snížení egocentrického zaměření na sebe (Heppner & Kernis, 2007), což umožňuje také lepší naladění se na druhé. Některé výzkumy tato tvrzení dokazují. Jak ukazuje výzkum Shapirové, Schwartze a Bonnerové (1998), může mít nácvik všímavosti pozitivní vliv na prohloubení empatického porozumění druhým. Vztah mezi těmito dvěma procesy dokazují i korelační studie, v kterých byl zjištěn statisticky významný vztah mezi všímavostí a empatií (Block-Lerner et al., 2007; Beitel, Ferrer & Cecero, 2005). Také neurovizuální studie autorů Davidsona a kolegů (2003) prokázala vliv meditace všímavosti na mozkové centrum spojované se soucitem.

Aiken (2006) provedl kvalitativní výzkum v podobě rozsáhlých interview s terapeuty, kteří zároveň provozovali meditaci všímavosti. Z rozhovorů vyplynulo, že všímavost podporuje schopnost terapeuta zachytit prožívaný smysl vnitřního prožívání klienta, sdělovat



toto uvědomění klientovi, lépe sdílet utrpení a bolest klienta a vést k lepšímu uvědomění si a vyjádření tělesně prožívaných pocitů.

Všímavost zvyšuje citlivost na drobné a přehlížené aspekty skutečnosti. V terapii tak může zvyšovat vnímavost na jemné nuance v chování klienta a na nepatrné změny jeho emocionálního stavu, což může být zdrojem podstatných informací. Receptivní pozornost, která charakterizuje všímavost, může podporovat větší ochotu zajímat se o pocity a prospěch klienta. Může posilovat schopnost věnovat pozornost obsahu klientovy komunikace a zároveň jejím nepatrným emocionálním a neverbálním projevům a také svým emocionálním a kognitivním reakcím na sdělované (Brown, Ryan & Creswell, 2007).

Všímavost jako trénink pozornosti (attentional training) může terapeutovi pomáhat udržet pozornost na klienta a na to, co se při sezení odehrává (Morgan & Morgan, 2005). V terapii je schopnost být s klientem, věnovat mu svůj čas a pozornost velice důležitá (viz Rogers, 1998). Jelikož všímavost znamená schopnost považovat každý okamžik za zajímavý a důležitý, může být prostředkem proti zatoulání se v mysli mimo terapii a pro prohloubení schopnosti být v přítomném okamžiku i ve chvílích, kdy je sezení nezajímavé a nevzrušující (Fulton, 2005).

Dalším přínosem do terapie je schopnost snášet nepříjemné emoce. V psychoterapii se často objevují chvíle silných a bolestivých emocí. Lidé obecně mají tendenci se takovým emocím vyhýbat, ale v terapii musí být vytvořen terapeutem prostor pro jejich vyjádření. Pokud by se jim terapeut vyhýbal, nemůže zkoumat hlubší úrovně klientovy zkušenosti. To může klást na terapeuta značné nároky, které může pomáhat zvládat všímavý postoj. Ve všímavé praxi se kultivuje schopnost být se svými pocity a akceptovat je, ať jsou jakkoliv nepříjemné. Jedná se o schopnost postavit se tváří v tvář vlastním emocím (Fulton, 2005).

Nedílnou součástí všímavosti je také rozvíjení akceptujícího postoje vůči vlastní zkušenosti. Hodnotící soudy o vlastní osobě a o tom, co prožíváme, jsou nedílnou součástí života. Mnohdy však mohou přerůst v přehnanou sebekritiku a k pocitům viny či studu, což jsou jevy objevující se u mnoha duševních poruch. Protilekem je akceptující prostředí, které může vytvořit pouze terapeut, jenž je schopen akceptace sebe sama. Kultivace přijetí a otevřenosti může být tedy velkým přínosem do terapie (Fulton, 2005).

Jedním z rizik pomáhajících profesí je vysoká psychická náročnost. S prací terapeuta je spojený stres, který je důsledkem práce v náročných podmínkách (nemocnicích, krizových centrech apod.), emocionální angažovaností, prací s klienty, představující speciální emoční nároky (zneužití, trauma, hraniční poruchy osobnosti apod.). Výsledkem může být syndrom vyhoření, kterým do určité míry prošel každý terapeut v průběhu své kariéry. Důležitá je proto v tomto případě profylaxe, tj. duševní hygiena, která snižuje důsledky stresu spojeného s pomáhající profesí. Program MBSR byl původně určen k prevenci a léčbě stresu a výzkumy ukazují, že je v tomto ohledu účinnou metodou (např. Kabat-Zinn, Lipworth & Burney, 1985; Astin, 1997; Specia et al., 2000). Někteří výzkumníci se proto zaměřili na využití nácviku všímavosti jako na nástroj duševní hygieny u terapeutů a lékařů a zjistili, že v těchto populacích je vhodnou a účinnou metodou (Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998; Shapiro et al., 2005; Shapiro, Brown & Biegel, 2007). Shapirová, Brown a Biegelová (2007) například zkoumali vliv MBSR na terapeuty ve výcviku a zjistili výrazné snížení stresu, negativních emocí a úzkosti a zároveň zvýšené pozitivní emoce a sebezpřijetí.

### 9.4 Varování před využitím samostatné meditace v léčbě

Přestože většina výzkumů všímavosti dokládá pozitivní vliv meditace všímavosti na psychické zdraví (přehled viz Baer, 2003), je třeba varovat před jednostranným a nekritickým využitím všímavosti v terapii. V dnešní době, kdy je v populární kultuře meditace velmi

oblíbená, může nadšená snaha řešit všechny problémy meditací nebezpečná. Jak uvádí [Linehanová \(1994\)](#), rozsáhlá meditace může být pro pacienty se závažnou psychopatií kontraindikována. V případě terapie duševních poruch je třeba vždy pečlivě zvážit, zda je tento přístup pro klienta vhodný. I tak jej v klinickém prostředí může aplikovat jedině terapeut s psychologickým či lékařským vzděláním, který má zkušenosti s tradičními terapeutickými postupy. Autoři intervencí založených na všímavosti zdůrazňují potřebu terapeutického výcviku a zkušeností u terapeutů před tím, než začnou u svých klientů využívat nácvik všímavosti (přehled nároků kladených na terapeuty jednotlivých intervencí založených na všímavosti lze nalézt v [Baer & Krietemeyer, 2006](#)).

Ve všech terapeutických směrech zapojujících do léčby všímavost není meditace a nácvik jediným a samostatným elementem léčby. I v programech MBSR a MBCT, ve kterých tvoří meditace všímavosti stěžejní část, jsou zapojeny další metody, jako je skupinová diskuze či psychoedukace. Existují sice výzkumy, které zkoumaly působení desetidenního meditačního soustředění bez dalších psychologických intervencí u pacientů trpících závislostí na drogách a alkoholu ([Marlatt et al., 2004](#); [Bowen et al., 2006](#)), ale počet takových studií je zatím omezený.

Nevýhodou samostatné meditace v psychoterapii je fakt, že psychické obrany jsou hluboce zakořeněné a nevědomé, takže si meditující určité skutečnosti nemůže bez pomoci vnějšího pozorovatele vůbec uvědomit ([Tart & Deikman, 1991](#)). Některá témata, jako například trauma, mohou být pro klienta natolik obtížně zpracovatelná, že jejich integraci nelze uskutečnit bez pomoci citlivého terapeuta ([Germer, 2005b](#)). Zároveň se v individuální meditaci neprojevují interpersonální témata a konflikty, které jsou u mnoha diagnóz klíčovým symptomem ([Fulton & Siegel, 2005](#)). Skupinová a interpersonální dynamika je vůbec podstatnou součástí životní zkušenosti, která v osamělé meditaci schází, není uvědomována a rozvíjena.

## 10 Účinné terapeutické faktory

Jedním z problémů při hledání účinných terapeutických faktorů všímavosti je mnohdy rozmanitá a proměnlivá podoba v praxi. Systematický komplexní nácvik všímavosti, který je základem některých terapeutických přístupů (MBSR, MBCT), není postaven na jediné technice. Každý z hlavních intervenčních programů rozvíjejících všímavost se skládá z mnoha komponent. Spolu s technikami zaměřenými na všímavost hrají vliv techniky specifické pro jednotlivé programy a také vedlejší faktory jako například sociální opora. Všímavost není rozvíjena jedinou technikou, ale sadou cvičení a technik, které postupně učí klienta všímavému postoji k životu. Všímavost se učí v řadě navazujících kroků, v každém z nich je rozvíjen a zdůrazňován jiný aspekt všímavosti. V počátečních fázích je například kladen větší důraz na soustředění, v pozdějších fázích naopak na neselektivní pozornost. Všímavost je rozvíjena řadou formálních meditačních cvičení, ale také neformálním zapojením všímavosti do běžného, každodenního života. Je možné, že v různých technikách hrají roli odlišné činitele terapeutické změny a nácvik všímavosti může mít pozitivní vliv na duševní pohodu také řadou nepřímých faktorů.

V současné době existuje jen velmi málo experimentálních studií, které by prokázaly účinné faktory všímavosti. Popsané účinné faktory tak zůstávají většinou teoretické. Velmi podstatným úkolem výzkumu všímavosti je tedy experimentálně potvrdit, jaké jsou faktory působící pozitivně v léčbě duševních poruch, a to především v randomizovaných kontrolovaných experimentálních plánech (Kocovski, Segal & Battista, 2009).

### 10.1 Vhled

Všímavost se vyznačuje takovými charakteristikami, jako zvědavý, observující postoj, perceptuální flexibilita a pozastavení konceptualizací (viz kapitola Charakteristiky všímavosti). Tyto vlastnosti umožňují lepší vhled do psychických pochodů, což má značný pozitivní psychologický dopad. Vhled, pochopení souvislostí mezi psychickými obsahy (emocemi, myšlenkami apod.), je podstatným účinným faktorem ve všech směrech psychoterapie, jak dynamicky zaměřených, tak kognitivně-behaviorálních. Pochopení je základem jakéhokoli efektivního a produktivního chování, které má snížit psychické problémy.

Snížením konceptuálního, pojmového zpracování umožňuje všímavost osvobodit se od zaběhlého, habituálního a zúženého vnímání vlastních psychických obsahů, což má za následek alternativní pohledy a alternativní řešení. Nezájatá, flexibilní pozornost umožňuje vidět vlastní psychické fenomény z více perspektiv, což přináší jejich celostnější pochopení.

Naše vnímání sebe sama a světa, v němž žijeme, podléhá mnoha kognitivním chybám a zkreslením, které jsou v případě duševních poruch výrazné a zásadně narušují kvalitu života. V rámci kognitivně-behaviorální terapie se nazývají dysfunkční schémata. Tato dysfunkční schémata neodrážejí reálnou lidskou zkušenost, jsou rigidní, nadměrně generalizující a extrémní (Praško, 2002a). Vnímáním reality bez filtru dysfunkčních konceptů tak, jak je to podporováno všímavostí, umožňuje vidět skutečnost přesněji, bohatěji a úplněji, což je předpokladem zdravého a adaptivního fungování.

Pouhé uvědomování si obsahů myslí bez dalšího kognitivního rozpracování také umožňuje intuitivní řešení vhladem. V určité fázi tvůrčího myšlení je třeba přestat se vědomě snažit najít řešení (fáze inkubace), což je nezbytná součást řešení problémů (Sternberg, 2002). Řešení pak přichází v záblesku náhlého pochopení, vhladu. Během všímavosti je pozornost

zaměřena na přítomné prožitky a je záměrně odsunuto promýšlení a řešení klientovy situace. Segal, Williams a Teasdale (2002) takový stav popisují jako stav *bytí* (being), který je protikladem stavu *konání* (doing), v němž se aktivně snažíme změnit svou situaci. Jak tito autoři upozorňují, mnoho lidí trpících duševní poruchou (především depresí) je zataženo do začarovaného kruhu neproduktivního řešení neřešitelného. Záměrné nezabývání se problémem dává prostor pro mimovědomé procesy řešení problému. Experimentální potvrzení tohoto principu můžeme nalézt v práci Schoolera, Ohlssona a Brookse (1993), kteří ukázali, že verbalizace problému, zahrnující pojmové procesy, brání možnosti řešení problému vhladem. Linehanová (1993a) tento proces nazývá jako „moudrá mysl“ (wise mind), která je tvůrčím spojením emocionální a racionální složky osobnosti.

Autoři vycházející z tradice kognitivní terapie popisují vhléd pocházející z všímavosti jako *metakognitivní vhléd* (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Ten se vyznačuje decentrovaným postojem k vlastní zkušenosti, kdy jsou všechny vnímané jevy, myšlenky či emoce rozpoznávány jako pouhé jevy bez vnitřní podstaty. Myšlenky jsou „pouze myšlenky“, emoce „jen emoce“, spíše než přesným a pravdivým odrazem reality. Teasdale (1999) odlišuje metakognitivní vhléd od metakognitivního vědění. V prvním případě jedinec přímo zažívá myšlenky jako pouhé psychické jevy, v druhém případě jde „pouze“ o racionální vědění, že myšlenky nejsou přesným odrazem reality. Metakognitivní vhléd má proto za následek dlouhodobější a efektivnější behaviorální změnu (Teasdale et al., 2002). Podle Teasdale (1999) je metakognitivní vhléd klíčovým účinným faktorem na všímavosti založených přístupů, především MBCT. V klasické kognitivní terapii se především pracuje s obsahem myšlenek, s jejich přesností a adekvátností, čímž se rozvíjí spíše metakognitivní vědění. Přesto implicitně i v klasické kognitivní terapii se prostřednictvím práce s automatickými negativními myšlenkami vytváří více objektivizující vztah k těmto myšlenkám – myšlenky jsou vnímány jako objekty pozornosti a klient do nich není natolik zatažen.

Metakognitivní vhléd má mnoho psychologických důsledků. Snižuje automatické vzorce myšlení včetně ruminací a obsesivních myšlenek a z nich vycházejícího rigidního chování (Teasdale et al., 2002), podporuje ochotu čelit a přijímat nepříjemné myšlenky a emoce a usnadňuje testování skutečnosti (Brown, Ryan & Creswell, 2007). Vhléd do tužeb, potřeb a hodnot také snižuje tendenci být pod vlivem interních či externích tlaků a umožňuje větší možnost výběru vhodného chování.

Ačkoliv všímavost znamená především uvědomování si interních a externích podnětů, nikoliv přemýšlení o nich (metakognice), v průběhu všímavé praxe se přesto formují určité metakognitivní přesvědčení či vhledy (insights). Ty jsou, na rozdíl od psychopatologických dysfunkčních schémat, založeny na empirickém pozorování a reálné zkušenosti. Tak mohou být prospěšné při korekci škodlivých metakognic (dysfunkčních myšlenkových schémat apod.) a při léčbě duševních poruch. Toneatto (2002) popisuje řadu prospěšných vhladů plynoucích z meditace všímavosti. Například: 1) většina našich myšlenek je podmíněná zkušeností a nemusí být objektivně pravdivá, 2) příjemné a nepříjemné myšlenky se objevují a budou objevovat celý život, ať se nám to líbí nebo ne, 3) všechny myšlenky a pocity jsou přechodné, 4) ačkoliv můžeme být myšlenkami pohlaceni, jsou iluzorní (Toneatto, 2002).

## 10.2 Zvýšení uvědomování psychických procesů

Nehodnotící sebemonitorování a lepší uvědomování si vlastních psychických procesů, jejich interakcí a následků je důležitým účinným faktorem všímavosti. Za prvé poskytuje klientovi informace o tom, jak se jednotlivé systémy psychiky (kognice, konace, emoce)

navzájem ovlivňují a působí na sebe. Pochopení provázanosti těchto subsystémů může mít důležitý dopad na změnu chování a dlouhodobě je to cílem většiny psychoterapeutických směrů. Za druhé může sebezpozorování vést k včasnému uvědomění si prvotních příznaků patologického cyklu, tj. posloupnosti akcí a reakcí vedoucí k rozvinutí projevů konkrétní poruchy. Brzké uvědomění si nástupu tohoto začarovaného kruhu může klientovi umožnit zvolit alternativní jednání a tak zabránit automatickému procesu tohoto cyklu. Za třetí vede klienta k uvědomění si toho, co se děje v přítomnosti, což je v terapii klíčové (Borkovec & Sharpless, 2004).

Ostatně zvýšená pozornost toho, co se děje v přítomnosti, je sama o sobě léčivá (Perls in Shapiro et al., 2006) a zdá se být jádrem většiny směrů psychoterapie (Beitman & Soth, 2006). Samotné uvědomování mění samu podstatu vnímaného<sup>6</sup> – chutě jsou více intenzivní, bolest méně nepříjemná.

Zvědavý postoj nezaujatého pozorovatele a perceptuální flexibilita umožňují vidět věci, které jsme dříve neviděli, nechtěli či nemohli vidět, nebo které jsme záměrně přehlíželi. Všímavost může vést k uvědomění si jemných emocí a nepatrných změn psychického stavu. Nielsenová a Kaszniak (2006) zkoumali vnímání jemných emocionálních pocitů u dlouhodobě meditujících v rámci buddhistické tradice a u kontrolní skupiny. U meditujících bylo zjištěno jasnější uvědomování si vlastních emocí a lepší diskriminace jemných emocionálních nuancí (Nielsen & Kaszniak, 2006). Znalost a uvědomění si i drobných rozdílů psychických stavů může přispívat k lepšímu sebezporozumění i porozumění druhým, a tak k plnohodnotnému životu. Lepší uvědomění určitých patologických procesů je předpokladem k tomu, aby jim jedinec nepodléhal a byl schopen zvolit alternativní jednání. Ve studii Browna a Ryana (2003) se ukázalo, že lidé s vyšší úrovní všímavosti vykazují lepší shodu mezi explicitními (vědomými, aktivními, kontrolovanými) a implicitními (nevědomými, automatickými, intuitivními) psychickými procesy.

Klienti se tímto způsobem (podobně jako je tomu v KBT) učí sledovat situační spouštěče a vlastní kognitivní, emocionální a behaviorální reakce. Prostřednictvím všímavosti se postupně učí jasněji si uvědomovat své emocionální reakce, pozorovat funkci vnitřních zážitků, lépe si uvědomovat své jednání (pozorovatelné i intrapsychické) v kritických situacích a jeho důsledky (Orsillo, Roemer & Holowka, 2005). V kognitivní terapii založené na nácviku všímavosti (MBCT) se například uplatňuje uvědomování si příznaků nadcházejícího relapsu a zvolení užitečných a funkčních způsobů zabránění nástupu depresivní epizody (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Podobně uvědomění si myšlenkových a emocionálních procesů, které vedou k relapsu zneužívání drog (např. negativní emoce), je jedním z významných prostředků prevence u závislostí (Breslin, Zack & McMain, 2002).

### 10.3 Dezidentifikace, decentrace, odstup

Podle Teasdala a kolegů (1995) je jedním ze zásadních účinných faktorů všímavosti změna perspektivy či vztahu ke svým myšlenkám. Autoři tuto změnu perspektivy nazývají decentrací či odstupem a jedná se o dezidentifikaci s psychickými obsahy. Z této perspektivy jsou myšlenky a pocity vnímány pouze jako přechodné psychické jevy, které přicházejí a odcházejí, které nejsou nutně správným popisem reality (např. co se týče pacientova sebehodnocení) a které nevyžadují určité jednání či reakci. Tento decentrovaný postoj se dá vyjádřit tvrzeními „Myšlenky nejsou skutečnost“ či „Já nejsem svými myšlenkami“ (Segal, Williams & Teasdale, 2002).

<sup>6</sup> Stejný princip najdeme v kvantové fyzice: samotné pozorování elementárních částic mění jejich povahu.



Opak decentrovaného postoje vůči interním prožitkům je autory [Hayesem, Strosahlem a Wilsonem \(1999\)](#) nazýván *kognitivní splyvání* (cognitive fusion). Je to proces, při kterém se jedinec ztrácí či je ponořen ve svých přechodných, vnitřních prožitcích (myšlenky, emoce, představy apod.), není od nich oddělen. Pokud například žena trpící posttraumatickou stresovou poruchou prožívá živou vzpomínku na své znásilnění, není tato vzpomínka vnímaná pouze jako vzpomínka či představa, ale jako skutečná událost. Podobně pro pacienta trpícího sociální fobií může být pouhá myšlenka „Jsem ztroskotanec“ stejně devastující jako sociálně ohrožující situace ([Orsillo, Roemer & Holowka, 2005](#)).

Mnoho klientů popisuje uvědomění si, že myšlenky jsou jen myšlenky, spíše než skutečnost, jako velice úlevnou zkušenost. Samotné uvědomění si faktu, že „já nejsem mé myšlenky“ znamená, že jedinec má celou řadu možných reakcí na takovou myšlenku. To vede k silnějšímu pocitu kontroly ([Kabat-Zinn et al., 1992](#)). Vzpomínka na traumatizující zážitek je vnímaná pouze jako vzpomínka, nikoliv jako skutečná událost a sebekritické myšlenky pouze jako myšlenky, nikoliv jako pravdivý fakt. Tím se významně snižuje dopad na psychiku člověka. V případě psychotických poruch snižuje decentrovaný postoj k projevům poruchy, jako jsou bludy a halucinace, jejich uvěřitelnost. Ačkoliv může být jejich četnost stejná, díky decentrovanému postoji ztrácí vliv na pacientovo jednání ([Bach & Hayes, 2002](#); [Gaudiano & Herbert, 2006a, b](#)).

## 10.4 Deautomatizace

Jedním z výsledků všímavé meditační praxe je stav deautomatizace neboli pozastavení či snížení automatických kognitivních procesů, které ovládají vnímání a myšlení ([Deikman, 1982](#)). Většina našich vnitřních psychických pochodů se odehrává zcela automaticky mimo naši volní kontrolu na bázi behavioristické rovnice podnět-reakce. Deautomatizace znamená vložení mezery, další proměnné, mezi podnět a reakci, kterou je uvědomění. Uvědomění pak dává prostor pro výběr z větší palety možných reakcí.

Většina duševních poruch se vyznačuje rigidním, habituálním a automatickým chováním (chováním jsou myšleny v širším smyslu kognice, emoce a konace). Ačkoliv není takové chování jedinci prospěšné a jeho stav zhoršuje či udržuje, je velice odolné vůči jakékoliv změně ([Borkovec & Sharpless, 2004](#)). Cílem terapie bývá proto často naučit klienty nové, alternativní a zdravější způsoby jednání. Všímovost svou podporou „mysli začátečníka“ umožňuje pacientům vidět věci z nové perspektivy a nikoliv tak, jak jsou zvyklí je vidat a interpretovat. Všímovost také podporuje zvědomění automatických myšlenkových procesů, které mají negativní vliv na jednání. Uvědomění si těchto automatických procesů (jako např. automatické negativní myšlenky, dysfunkční schémata, falešná atribuce apod.) snižuje jejich vliv na chování ([Breslin, Zack & McMain, 2002](#)). Tak může pacient v kritických situacích reagovat novým, flexibilním a více užitečným způsobem ([Martin, 1997](#); [Orsillo, Roemer, Block-Lerner & Tull, 2004](#)).

Například v oblasti závislostí může všímavost zvyšovat schopnost rozpoznat a vhodně reagovat na nutkání k užití drog. Zvýšené uvědomění oslabuje vztah mezi impulzem k užití drogy (chutí), která vzniká automaticky, a reakcí, tedy vlastním požitím látky ([Ostafin & Marlatt, 2008](#)).

### 10.5 Nekonceptuální zpracování podnětů

Běžné zpracování podnětů probíhá zcela automaticky a nevědomě. Neustále hodnotíme, srovnáváme, posuzujeme, kategorizujeme a jinak zpracováváme podněty, a to na základě již vytvořených kategorií, schémat a mentálních reprezentací (Sternberg, 2002). Samotné naše vnímání je podmíněno našimi kognitivními schématy, přesvědčeními či očekáváními. Svět, ve kterém žijeme, nevnímáme takový, jaký je, ale neustále ho nevědomě vytváříme. To je samozřejmě v životě velice podstatné, jelikož tak vnášíme řád do chaotického toku podnětů a můžeme tak dosahovat požadovaných cílů. Na druhou stranu jsou však podněty málokdy vnímány přesně. Vnímáme je přes filtr minulých zkušeností a sebestředného myšlení, což může udržovat povrchní, neúplný nebo pokřivený odraz skutečnosti.

Mnoho patologie je udržováno negativními metakognicemi<sup>7</sup> – způsobem, jakým interpretujeme interní a externí podněty, tím, jaká máme očekávání, či podle negativních, dysfunkčních myšlenkových schémat.

Podle kognitivní terapie jsou nepřesné myšlenkové vzorce jedním z hlavních příčin psychopatologie a jsou označovány jako dysfunkční schémata (Praško, Možný & Šlepecký, 2007). Tato schémata fungují jako filtr, jímž jsou zpracovávány pouze informace, které do nich zapadají, ostatní jsou odfiltrovány. Pokud interpretace založené na dysfunkčních schématech neodpovídají skutečnosti, mohou být zdrojem mnoha problémů. Jedinec trpící sociální fobií si může například neutrální výraz v obličeji vysvětlit jako důkaz posměchu nebo jedinec s panickou poruchou může tlak v žaludku vnímat jako příznak blížící se ataky. Taková zkreslená kategorizace pak bude fungovat jako sebenaplnující proroctví a povede k negativním důsledkům. Nehodnotící uvědomování si a pozorování konkrétních pocitů ubírá negativním metakognicím na síle (Toneatto, 2002). Na rozdíl od běžného vnímání jsou objekty, které se stávají cílem všímavé pozornosti, vnímány takové, jaké jsou, bez dalšího nálepkování, tzn. na úrovni senzorických počtů. Germer (2005c) tento mechanismus přirovnává k rozstříhání strašidelného filmu na jednotlivá políčka. Ta sama o sobě strašidelná nejsou, zatímco jejich pospojování (obecné interpretace) ano. Stejně tak proces uvědomování si snižuje výskyt negativních pocitů, jelikož odděluje prvotní podněty od následné negativní interpretace.

Jelikož se všímavost vyznačuje nekonceptuálním pozorováním aktuálních podnětů, znamená to také, že jedinec nehodnotí svou zkušenost na základě konceptů založených na minulé zkušenosti. Ke všemu, co sleduje, přistupuje jako by to viděl poprvé. Nerozlišuje mezi tím, o čem si myslí, že je důležité, a tím, co je podle něj nepodstatné. Ve stavu všímavosti je člověk otevřen všemu, co se objeví v poli vědomí, a přistupuje k tomu bez předsudků a indiferentně. To dává silný léčebný potenciál, jelikož má jedinec možnost reagovat tvořivě, tak, jak to skutečně odpovídá konkrétní situaci, místo toho, aby se řídil často dysfunkčními kognitivními schématy. Taková řešení nejsou vázaná na verbálních pravidlech, která jsou zakořeněna v habituálních a depresogenních myšlenkových vzorcích (Lynch & Bronner, 2006).

### 10.6 Nehodnocení

Nehodnocení znamená zaujmutí nezaujatého, nestranného či objektivního postoje k tomu, co prožíváme. Naše soudy jsou založeny na našich zkušenostech a získaných vědomostech, které však mohou být mnohdy nepřesné, zkreslené, v dané situaci nevyhovující a podléhající

---

<sup>7</sup> Metakognice znamená přemýšlení o interních psychických jevech (Sternberg, 2002).



mnoha kognitivním chybám (generalizace, katastrofizování apod. (Praško, Možný & Šlepecký, 2007)). Toto posuzování a kategorizování naší zkušenosti má za následek mechanické a automatické reakce, které si ani neuvědomujeme, mnohdy nemají žádný reálný základ a nejsou v dané situaci adekvátní (Kabat-Zinn, 1990). To je zvláště důležité mít na paměti v případě duševních poruch. Věci, které považuje např. depresivní jedinec za ohrožující a nepříjemné (např. návštěva společnosti), mohou být zdrojem další síly a potenciálně léčivé. Sociálně fobický pacient naopak může svůj výstup ve společnosti hodnotit jako naprostou katastrofu, ačkoliv ostatní to mohou vnímat opačně.

U mnoha duševních poruch je výrazným prvkem silný sebekritický postoj. Klienti přespříliš sebekriticky sledují své chování či vlastnosti, což je zdrojem psychického distresu. Linehanová (1993a) tento postoj nazývá sebeznehodnocování (*self-invalidation*). Tento postoj k sobě samému vychází z internalizace postoje významných druhých (rodičů) a jejich kritického či autoritářského přístupu. V psychoterapii se pak dlouhodobě učí přijmout se takoví, jací jsou. Nácvik nehodnotícího postoje prostřednictvím všímavosti může snižovat výskyt a váhu takových hodnotících soudů o sobě a výrazně tak přispívat k terapeutické změně.

Všímavost má také vliv na přijetí sebe sama a na sebeúctu. Nehodnocení se týká také vlastní osoby. Vlastní osoba je vnímána bez hodnotících a sebekritických soudů, které mají v případě psychopatologie většinou negativní dopad. Tuto hypotézu potvrzuje také výzkum Thompsona a Waltzové (2008), ve kterém korelovala pozitivně všímavost se sebevědomím (*self-esteem*) a nepodmíněným sebepřijetím. Další možné mechanismy vlivu všímavosti na sebepřijetí popisují Carsonová a Langerová (2006), vycházejíce při tom z kognitivní teorie všímavosti E. Langerové (1989). Všímavost působí na sebepřijetí snížením sebehodnocení a srovnávání se s druhými, omezením užívání rigidních kategorií (stereotypů) či podporou bezprostřednosti (Carson & Langer, 2006).

## 10.7 Expozice

Jedním z hlavních principů meditace všímavosti je uvědomování a přijímání všech psychických jevů, které právě vyvstávají, bez ohledu na to, jak příjemné nebo nepříjemné mohou být. Dobrovolné vystavení se nepříjemným jevům nebo událostem je známé z tradiční behaviorální terapie pod pojmem expozice. Léčba úzkostných poruch se například posunula od expozice vnějším stimulům (jako např. metro či nákupní centrum) k expozici vnitřním spouštěčům (např. závrať či tachykardie). Jelikož se v případě všímavosti jedná především o vystavení se vnitřním podnětům (emocím, myšlenkám, pocitům, tělesným počitkům), hovoří se o ní také jako o *interoceptivní expozici* (Baer, 2003; Roemer & Orsillo, 2002). Interoceptivní expozice znamená vystavení se vnitřním podnětům (tělesným počitkům myšlenkám, emocím), aniž by se jedinec snažil kontrolovat je, uniknout jim, anebo se jim vyhýbal (Lynch & Bronner, 2006). Většina psychopatologie se dá vysvětlit jako důsledek klasického podmiňování nebo jako podmiňováním spoluvytvářená (Praško, Možný & Šlepecký, 2007). Zkušenost, že jedinec může zažívat nepříjemné emoce bez katastrofálních důsledků, vytváří neposílenou expozici (*nonreinforced exposure*; Lynch & Bronner, 2006). Tím dochází k desenzitivizaci, tedy k snížení emocionální reaktivity na nepříjemné vnitřní stavy. Zvyšuje se tak tolerance k negativním emocionálním stavům, a tak i schopnost je efektivně zvládat (Brown, Ryan & Creswell, 2007).

Například v případě úzkostí či paniky, může trvalé, nehodnotící pozorování počitků spojených s úzkostí (tlukot srdce, tlak v oblasti žaludku, pocení apod.) bez snahy je ovládat či potlačit vést ke snížení sekundární emoční reakce vyvolávané těmito příznaky úzkosti (Kabat-

Zinn et al., 1992). Klient se tak učí, že může prožívat určité emoce bez újmy. Podobně v případě jiných psychických poruch se pacienti učí, že mohou mít určitý typ myšlenek, aniž by to mělo destruktivní dopad na ně anebo jejich okolí. Psychotičtí pacienti se učí, že objevující se bludné myšlenky mohou sledovat, aniž by na ně museli reagovat. Obsedantně kompulzivní pacienti zase mohou akceptovat bez reagování kompulzivní pobídky k nějaké činnosti anebo depresivní pacienti mohou sledovat své depresivní myšlenky, aniž by se jimi nechali strhnout do depresivního začarovaného kruhu.

Linehanová (1993a) popisuje hraniční poruchu osobnosti jako emocionální fobii. Lidé s touto poruchou se bojí nebo se stydí prožívat silné negativní emoce a jejich snahy potlačit tyto pocity často vedou k nežádoucím následkům. Ve své propracované terapii hraniční poruchy osobnosti proto učí klienty děletrvajícimu pozorování přítomných emocí a myšlenek bez snahy z nich uniknout nebo se jim vyhnout. To vede k vymizení vyhýbavého chování a také strachu vyvolaného těmito podněty. Klíčovou zkušeností je uvědomění si pomíjivosti či přechodnosti psychických jevů, tedy že počitky, emoce a myšlenky přicházejí a odcházejí, a to i bez užití kontraproduktivních strategií vyhýbavého chování (sebepoškozování, zneužívání návykových látek, agresivní chování apod.; Linehan, 1993a).

Důležitý je v případě expozice také kontext, v kterém k ní dochází. Reakce na určitý stresující podnět, vymizelá díky expozici v jednom kontextu, se může objevit v jiném kontextu. Kontext přitom může být jak vnější (dopravní prostředek, určitá situace), tak vnitřní (medikace, současný emocionální stav). V běžné behaviorální terapii se proto expozice provádí v celé řadě situací. V případě všímavosti se podle Lynche a Bronnerové (2006) vytváří vnitřní kontext (určité psychické nastavení) sloužící jako připomínka vymizení (extinction reminder). Takový vnitřní kontext je vždy k dispozici a působí tak napříč rozmanitých situací. Efekt meditace všímavosti tak bývá popisován jako *globální desenzitivizace* (Marlatt et al., 2004).

### 10.8 Kontrola pozornosti

V léčbě duševních poruch lze sledovat vývoj od tradiční behaviorální terapie k terapii zaměřené na kognitivní procesy, a to v poslední době především na pozornost. Je zřejmé, že pozornost jako jeden ze základních psychických procesů hraje v etiologii psychopatologie důležitou roli. To, čemu jedinec věnuje pozornost (např. pouze negativním věcem u deprese, náhodným souvislostem u psychózy, náznakům odmítnutí u sociální fobie apod.) a jakým způsobem (zaměřením na nepodstatné, ulpívavě, jednostranně apod.), vytváří a udržuje patologické procesy. Z tohoto úhlu pohledu je prostředkem léčby přímé působení na kognitivní procesy, především na pozornost, v podobě nácviku pozornosti (attentional training).

V tomto ohledu je všímavost vhodným prostředkem pro terapeutické působení, jelikož se v ní jedinec učí pracovat se svou pozorností. Součástí všímavosti je monitorování pozornosti, vrácení pozornosti ke zvolenému objektu, odpoutání se od nutkavých a opakujících se vzorců zaměření pozornosti, jako jsou ruminace či obsese. V nácviku všímavosti se například pracuje s přesunem pozornosti zaměřené do budoucnosti (obavy a starosti) či minulosti (lítost či smutek) k přítomné chvíli. Všímavost tak zvyšuje flexibilitu ve volbě ohniska pozornosti a působí tak pozitivně na psychické zdraví (Lynch & Bronner, 2006).

Model psychopatologie autorů Wellse a Mathewse (1996) například spojuje duševní poruchy se škodlivým zpracováním informací, které se vyznačuje na sebe zaměřenou pozorností (self-focused attention), přetrvávajícím stylem myšlení ve formě ruminací a obav, zaměřením pozornosti na monitorování hrozeb a zvládáním problémů způsobem, který

nepůsobí na falešná, negativní přesvědčení. Jako protilek k takové reakci navrhuje Wells (2002, 2005) nácvik pozornosti v podobě všímavosti. Podobně kognitivní terapie založená na nácviku všímavosti (MBCT) byla původně vyvíjena jako nácvik kontroly pozornosti (attentional control training; Segal, Williams & Teasdale, 2002).

Například v případě úzkostných poruch je pozornost zaměřena na možné hrozby a jsou přehlíženy informace, které nejsou s tímto nastavením v souladu. V rámci nácviku všímavosti se klient učí pozorovat celou škálu situačních podnětů, tedy nejen těch potenciálně ohrožujících, ale také těch, které svědčí o bezpečnosti situace. Takto se kompenzuje jednostranné zaměření pozornosti, které jinak udržuje patologickou úzkost (Orsillo, Roemer & Holowka, 2005).

## 10.9 Zaměření na přítomnost

V mnoha případech jsou duševní poruchy spojené s excesivním zaměřením pozornosti buď na minulost, anebo na budoucnost. Depresivní pacienti se například často ve vzpomínkách vracejí k negativním událostem z jejich minulosti, kritizují se za to, jak se v minulosti chovali. Také neustále ruminují o možných příčinách jejich stavu a dopadech na jejich život v budoucnosti, což jejich stav jen zhoršuje (Nolen-Hoeksema, 1991). Mnoho úzkostných poruch je naopak spojeno s obavami směřujícími do budoucnosti. Jak zmiňují Borkovec a Sharpless (2004), pacienti trpící např. generalizovanou úzkostnou poruchou neustále přemítají nad možnými katastrofickými možnostmi, což u nich vyvolává úzkost. Všímavost oproti tomu podporuje zaměření pozornosti na přítomný okamžik. Vyrovnává tak nadměrné ponoření se v minulosti či budoucnosti. Tím, že využívá omezenou kapacitu lidské pozornosti na přítomnou chvíli, nezbyvá již prostor pro katastrofické vize a neustálé ruminace.

Lidé, kteří jsou v mysli ponořeni v minulosti či budoucnosti, si také mnohem méně uvědomují reálné a důležité jevy v prostředí a nemohou proto správně a adekvátně reagovat. Vzhledem k tomu, že všímavost explicitně podporuje uvědomování si toho, co se aktuálně děje v přítomnosti, umožňuje adekvátnější a adaptivnější reagování na situační okolnosti.

### 10.10 Zaměření na činnost

Jednou z charakteristik všímavé činnosti je zaměření na samotnou činnost, plné ponoření se v ní a absence nesouvisejících myšlenek či představ. To může mít v případě některých duševních poruch pozitivní vliv. Pozornost je zaměřena na rozmanité aspekty činnosti a není tak volná kapacita na zpracování neadekvátních škodlivých myšlenek. Odklání se tak pozornost třeba od sebe sama a sebekritického posuzování. Například v případě sociální fobie může zaměření na sebe během rozhovoru s někým cizím zvyšovat úzkost, zatímco zaměření na rozhovor jako takový ji snižuje (Borkovec & Sharpless, 2004). Pokud věnujeme pozornost obsahu rozhovoru, navíc zvyšujeme pravděpodobnost, že se dozvíme nové či důležité informace o tématu rozhovoru či o druhé osobě, které nám mohou být prospěšné.

Pokud je člověk soustředěn na to, co dělá, stává se, že je činností pohlcen natolik, že se v této činnosti ztrácí. Ztrácí se tak také různé škodlivé sebekoncepty, depresivní myšlenky či úzkostné představy. Tento stav popisuje Csikszentmihalyi (1990) jako stav plynutí (flow).

### 10.11 Snížení zaměření na sebe (self-concern)

Jedním z konceptů, které hrají v lidském životě podstatnou roli, je koncept sebe sama. Skrz tuto představu o sobě filtrujeme svou zkušenost a velké množství energie spotřebujeme na obranu, vytváření či udržení naší představy o sobě. Tato snaha o udržení sebeobrazu může přinášet mnoho negativních následků (představa sebe jako někoho, kdo musí vždy vyhrát, může vést k agresi nebo podvádění; představa sebe jako chudáka vede k depresi apod.). Všímavost znamená zaměření se na psychické obsahy a procesy a pozorování neustálého proudu psychických jevů bez hodnocení a konceptuálního uvažování. To vede k uvědomění si, že jedinec sám (self) není nic stálého a pevného, majícího jakousi vnitřní podstatu (self-as-object). Self je vnímané jako neustále se proměňující tok psychických jevů - myšlenek, pocitů a tělesných vjemů (self-as-process; Ryan & Brown, 2003; Fletcher & Hayes, 2005). Během všímavosti tak není udržovaná žádná fixní představa sebe, která by měla být chráněna nebo podporována. Taková dezidentifikace se sebekonceptem (který je z velké části internalizací reakcí a názorů druhých (Mead, 1934)) umožňuje jistý odstup a skepsi k ego interpretacím a perspektivám (Brown, Ryan & Creswell, 2007) a má za následek širší paletu chování.

### 10.12 Zážitkové přijetí

Fletcher a Hayes (2005) definují přijetí jako „proces aktivního a vědomého přijímání vnitřních prožitků tak, jak se vynořují, bez snahy měnit jejich četnost či podobu“ (s. 245-6). Opakem takového *zážitkového přijetí* (experiential avoidance) je *zážitkové vyhýbání* (experiential avoidance), které je klíčovým pojmem v terapiích založených na rozvíjení všímavosti. Zážitkové vyhýbání je definováno jako „jev, který nastává, pokud není jedinec ochotný zůstat ve spojení s určitými vnitřními zkušenostmi (např. tělesnými počitky, emocemi, myšlenkami, vzpomínkami, psychologickými predispozicemi) a podniká kroky, aby změnil frekvenci či podobu těchto jevů nebo prostředí, ve kterém se objevují, a to i v případě, když tyto kroky způsobují utrpení“ (Hayes et al., 1996, s. 1154).

Vzrůstající počet empirických výzkumů ukazuje, že úmyslná snaha potlačit určité myšlenky či emoce paradoxně zvyšuje jejich četnost (Wegner & Zanakos, 1994; Roemer & Borkovec, 1994; Purdon, 1999). Osvětluje to současná behaviorální analýza vlivu jazyka a verbálních pravidel na chování (Hayes, 2004). Snaha potlačit určitou myšlenku zahrnuje řízení se pravidlem „Nesmím myslet na X“. Takové pravidlo v sobě nese právě myšlenku, která má být potlačena. To vede k jejímu potvrzení a pokračování. Známou ukázkou je snaha nemyslet na *růžového chameleona*. Ačkoliv by nás nikdy nenapadlo představovat si *růžového chameleona*, pokud se záměrně snažíme nemyslet na něj, má to za následek to, že jej z hlavy nedostaneme.

Prožitky, které jsou cílem vyhýbání, mohou být emoce (strach, úzkost, smutek), myšlenky („Nejsem dost dobrý“, „Jsem ztroskotanec“) či tělesné počitky (tlukot srdce, rudnutí obličeje), které jsou hodnoceny jako škodlivé (patologické, ohrožující či narušené), a tak spouštějí unikové a vyhýbavé reakce. Zážitkové vyhýbání může mít podobu konkrétního jednání (vyhýbání se situacím vnímaným jako ohrožující). Pokud však jedinec nemůže uniknout nepříjemným pocitům konkrétním činem, zapojuje rozličné psychické strategie (potlačování nepříjemných myšlenek, rozptylování pozornosti či změnu obsahu myšlenek). Ačkoliv zážitkové vyhýbání je prostředek, který je mnohdy užitečný a v běžném životě lidmi často využívaný, v určité konstelaci může mít škodlivé důsledky a výrazně narušovat plnohodnotný život. Pacient trpící agorafobií se může mnoha způsoby snažit vyhnout symptomům paniky.



Tyto snahy mu však zabraňují v účasti na mnoha činnostech, které jsou pro něj důležité, jako je návštěva školního představení svého potomka či profesionální uplatnění.

Je nutné dodat, že ne všechny projevy vyhýbání se určitým interním prožitkům jsou škodlivé. Mnohdy je to dobrý způsob, jak tyto nepříjemné prožitky překonat. Lidová moudrost praví, že kdo myslí na práci, nemyslí na smutky. Škodlivým se zážitkové vyhýbání stává pouze v tom případě, kdy vážně narušuje klientovu schopnost vést produktivní a hodnotný život.

Hayes a kolegové (1996) přesvědčivě argumentují, že zážitkové vyhýbání se podílí na vzniku a udržování mnoha duševních poruch. Podle nich lze většinu podob psychopatologie vysvětlit jako kontraproduktivní a neplodnou snahu uniknout nepříjemným vnitřním pocitům, například v podobě zneužívání drog, bulimického přejídání, disociací a vyhýbání se lidem, situacím a místům, které je vyvolávají (Hayes et al., 1996). Závislost lze například chápat jako únik od nepříjemných pocitů (deprese, zklamání, nízký pocit vlastní hodnoty) k alkoholu či drogám. Škodlivé následky duševních poruch (u agorafobie nedostatek sociálních kontaktů, nemožnost pracovat) mohou být výsledkem vyhýbání se nepříjemným emocím (jako je úzkost z pobytu ve veřejných prostorech). Některé nepříjemné symptomy duševních poruch (sebepoškozování) lze vnímat jako prostředek vyhnutí se hlubším a bolestivějším pocitům (traumatický zážitek; Follete & Vijay, 2009).

Jelikož zážitkové vyhýbání má okamžitý, krátkodobý efekt, zdá se zpočátku výhodným. Z dlouhodobého hlediska má však zhoubné následky (Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). Výzkumy generalizované úzkostné poruchy například ukázaly, že obavy a starosti krátkodobě snižují aktuální nepříjemné pocity orientací na budoucnost a slouží tak jako prostředek vyhýbání se (Orsillo, Roemer, Block-Lerner & Tull, 2004).

Nové směry v rámci tzv. třetí vlny behaviorální terapie (Hayes, 2004) proto explicitně pracují s přijetím všech vnitřních prožitků a snižují tak negativní vliv zážitkového vyhýbání. Někdy bývají proto také tyto směry označovány jako *založené na přijetí* (acceptance-based) a klíčovou roli v metodologii těchto směrů hraje právě všímavost (Hayes, Follette & Linehan, 2004). Hlavním principem těchto přístupů je fakt, že většinu negativních dopadů poruchy nezpůsobují symptomy poruchy (např. úzkost), ale neproduktivní snaha se těmito symptomům vyhnout (nechozením na místa způsobující úzkost). Podobně nejsou myšlenky samy o sobě škodlivé, ale škodlivá může být naopak přehnaná snaha je ovládnout či potlačit. Místo snahy o odstranění symptomů tedy učí klienty žít produktivní život i s nemocí. V terapii psychotických poruch není například terapie vedena snahou o redukci psychotických příznaků, ale o jejich přijetí a jednání v souladu s vlastními hodnotami a životními cíli (Bach et al., 2006). Zážitkové přijetí je v těchto směrech definováno jako „ochota zažívat vnitřní podněty jako jsou myšlenky, pocity, vzpomínky a fyziologické reakce, abychom se mohli účastnit zážitků, jež jsou považovány za důležité a smysluplné“ (Orsillo, Roemer, Block-Lerner & Tull, 2004, s. 76).

Dobrou analogií je příklad, který udávají Lynch a Bronnerová (2006). Pokud stojíme za horkého letního dne ve frontě na lístek naší oblíbené kapely, rádi přijmeme nepříjemnosti s tím spojené, jako je horko, žízeň či únava. Takové přijetí neznamená rezignaci, ale ochotu snášet jisté nepříjemnosti v zájmu našich cílů. Dokonce můžeme zapojit mnoho strategií ke snížení utrpení, jako se ovívat či si koupit něco k pití. Jestliže se však situaci vyhneme a z fronty odejdeme, snížíme sice momentální nepříjemnosti, ale dlouhodobě budeme nespokojeni, jelikož se na koncert nepodíváme. Jde tedy o vyvážení akceptujícího postoje a snahy změnit nepříjemnou situaci, jak je krásně vyjádřeno v jedné modlitbě: „Bože, dej mi sílu změnit to, co změnit mohu, dej mi trpělivost přijmout to, co změnit nemohu, a moudrost, abych dokázal odlišit jedno od druhého“.

Přijetí toho, co se děje prvním krokem k jakékoliv psychoterapeutické změně – nejdříve si musíme přiznat, že máme problém, a poznat jej, pak na něm můžeme začít pracovat. Přijetí

však neznamená rezignaci, ale spíše uznání toho, co se už se tak jako tak děje. Takové přijetí pak může vést k odpovídajícímu jednání. Akceptující postoj je také důležitý proto, aby klient mohl zkoumat celou šíři svých prožitků, a to i v případě, když je to nepříjemné nebo rozrušující.

Také víceméně všechny psychoterapeutické směry se shodují na tom, že značná část lidského trápení vzniká ze škodlivého zvyku vyhýbat se bolestivým zkušenostem. V psychoanalýze je zdůrazňována klíčová role vytěsnění příliš bolestivých zkušeností v psychopatologii a prostředkem léčby je jejich zvědomění. V terapii zaměřené na klienta je zase podstatná otevřenost vůči zkušenosti (Rogers, 1961). Podobně v gestalt terapii je jádrem psychopatologie vyhýbání se bolestivým pocitům nebo strach z nežádoucích emocí (Perls, 1969) a stejně tak v existenciální terapii je klíčové vyhýbání se určitým zkušenostem (především strachu ze smrti). Ačkoliv jsou zaměřené na jiný typ potlačovaných jevů, obecně lze říci, že všechny terapeutické směry do léčby zapojují nějakou formu expozice jevům, jimž se klient vyhýbá. V behaviorální terapii je expozice explicitně využívána při léčbě širokého spektra duševních poruch, především úzkostných (fobie, sociální fobie, panická porucha apod.). V dynamické psychoterapii se sice přímo nemluví o expozici, ale hlavní hypotéza dynamických směrů terapie spočívá v představě negativního vlivu potlačených bolestivých zkušeností (myšlenek, vzpomínek, postojů) na život. Cestou ke snížení vlivu takových zkušeností je jejich zvědomění a integrace. To s sebou nese vystavení se jejich vlivu (Fulton & Siegel, 2005).

### 10.13 Snížení ruminací

Ruminativní reakce je definována jako chování a myšlení, které je zaměřeno na depresivní symptomy a jejich důsledky (Nolen-Hoeksema, 1991). Pacienti neustále v myšlenkách rozebírají, proč se cítí špatně, co dělají chybně a jak tyto chyby vedou k problémovým situacím. Ačkoliv jsou takto ruminující lidé přesvědčeni, že analýzou svých problémů a snahou o pochopení svých nedostatků dosáhnou důležitého vhledu a osvobozujícího řešení, empirické výzkumy ukazují, že takový ruminativní styl naopak depresi prohlubuje (Nolen-Hoeksema, 1991). Ruminace hraje také klíčovou roli v teorii relapsu deprese autorů Segala, Williamse a Teasdala (2002).

Regulace pozornosti rozvíjená v meditaci všímavosti může hrát důležitou roli v omezení ruminací. Všímavost zahrnuje klidné pozorování myšlenek, aniž by jim člověk věřil, dále je rozvíjel anebo se do nich zapletl, a podporuje záměrné neangažování se v ruminacích. Zaměření plné pozornosti na přítomný okamžik s decentrovaným postojem vede k omezení kapacity pro zpracování informací a zbývá tak málo prostoru pro ruminace (Segal et al., 2002). Důležitým faktorem nácviku všímavosti je také neustálé vracení se k primárnímu objektu pozornosti (např. dechu) a nechání být (letting go) myšlenek čili zanechání jejich dalšího rozvádění. To zabraňuje dalšímu rozvíjení negativních ruminací až do plného obrazu patologie. Vliv meditace všímavosti na snížení ruminací také potvrzují empirické výzkumy (Chambers, Lo & Allen, 2008; Jain et al., 2007; Ramel et al., 2004).

Brodericková (2005) zjišťovala efektivitu různých způsobů zvládání nepříjemných pocitů a zjistila, že všímavost je účinnější než rozptylování (vyhýbání se prostřednictvím rozptylování se jinými myšlenkami) a to je účinnější než ruminace. Jainová a kolegové (2007) ve svém výzkumu porovnávali vliv nácviku všímavosti a relaxačního programu na psychické zdraví. Obě skupiny vykazovaly po intervenci statisticky významné zlepšení psychického stavu a snížení stresu oproti kontrolní skupině. U skupiny meditujících však bylo navíc zjištěno významné snížení rušivých myšlenek a ruminací. Další analýza ukázala, že právě



snížení ruminací je prostředníkem (mediátorem) pozitivního vlivu meditace všímavosti na psychické zdraví. Tento výzkum tak potvrzuje snížení ruminací jako jeden z mechanismů účinku nácviku všímavosti (Jain et al., 2007). To potvrzuje také výzkum Ramela a kolegů (2004), kteří sledovali vliv meditace všímavosti na depresivní pacienty. Zjistili, že nácvik všímavosti (program MBSR) snižuje ruminace a toto snížení vede ke snížení depresivních a úzkostných symptomů (Ramel, Goldin, Carmona & McQuaid, 2004).

### 10.14 Nepřipoutanost

Nepřipoutanost, neulpívání k určité perspektivě, bývá popisována termínem „nechat být“ (letting go; Kabat-Zinn, 1990), který odkazuje na nenásilnost a uvolněnost pozornosti. Momentální zkušenost není nijak potlačovaná, ale spíše se nechává volný průběh neustálému proudu různých podnětů tak, jak přicházejí a odcházejí. Pokud myšlenky, představy či emoce pouze zaznamenejme bez dalšího zpracování, přirozeně vymizí. Jde o stejný princip jako u klasického podmiňování – pokud jakýkoliv jev neposílíme (ať pozitivně či negativně), má tendenci vyhasínat. V klinické práci je relevantní fakt, že právě snaha o zbavení se např. určitých myšlenek vede paradoxně k jejich posilování a častějšímu výskytu (Wegner & Zanakos, 1994). Pozorování bez ulpívání (tj. bez snahy nějaké myšlenky rozvíjet či jiné potlačovat) má naopak za následek jejich postupné vyhasínání.

Nepřipoutanost můžeme také vnímat jako formu relaxace, kdy necháváme odejít svalové napětí, neklidné myšlenky či fyziologické vzrušení. V relaxačních cvičeních je snaha potlačit či zahnat tyto projevy kontraproduktivní, lepší je nechat je odeznít přirozeně, nechat je plavat. Stejně tak funguje všímavost, v níž klienti nechávají nenásilně odejít nepříjemné podněty.

### 10.15 Neusilování

Neusilování znamená momentální odložení snahy o kontrolu situace, a tak ponechání prostoru pro nevědomé, intuitivní, sebeozdravné procesy. Takové odložení snahy o zvládnutí nepříjemných pocitů je nazýváno tvořivá bezmocnost (creative hopelessness; Hayes, 2004), která dává prostor pro alternativní, kreativní a více adaptivní řešení (Coffman, Dimidjian & Baer, 2006).

V této souvislosti rozlišují Segal, Teasdale a Williams (2004) dva stavy nebo módy vědomí, které označují jako mód konání (doing) a mód bytí (being). Mód konání je instrumentální zájem o prostředí. V tomto módu je vědomí orientované na snížení rozdílu mezi požadovaným, konečným stavem a stavem současným. Tento rozdíl je zažíván jako nepříjemný a nežádoucí. Mysl je zaměstnaná monitorováním těchto rozdílů a plánováním vhodné akce k jejich snížení. Oproti tomu stav bytí, který je charakteristický pro všímavost, se vyznačuje akceptací a připuštěním toho, co se děje, bez snahy měnit to. Stav bytí tedy není motivován snahou o dosažení určitých cílů. Mód konání je velmi důležitý v běžných, praktických situacích, může se však stát zhoubným, pokud je aplikován také v situacích, které nemají jednoznačné řešení, jako je tomu v případě duševních poruch. Segal, Williams a Teasdale (2002) proto své klienty učí záměrně přepínat z módu konání do módu bytí podle toho, kdy je potřeba.

Neusilování neznamená ovšem pasivitu. Jde spíše o rovnováhu mezi přílišnou snahou řešit své problémy a ponechání prostoru pro sebeléčivý potenciál psychiky. Nutnost uvolnit kompulzivní potřebu řešit své problémy za každou cenu je ostatně zdůrazňována také v Racionálně-emoční behaviorální terapii A. Ellise (Ellis, 2006).

### 10.16 Regulace emocí

Součástí symptomatologie mnohých psychických poruch (například hraniční poruchy osobnosti či posttraumatické stresové poruchy) jsou problémy s regulací emocí. Někteří autoři popisují všímavost jako prostředek pro lepší regulaci emocí (Linehan, 1993a, b; Lynch & Bronner, 2006). Linehanová (1993a) tvrdí, že nácvik všímavosti vede prostřednictvím nereagování, expozice vůči emocím a přijetí emocí, k lepší regulaci emocí a vymizení problémového chování. Hlavním principem tohoto vlivu je snížení sekundární reakce na emocionální stavy. Pacienti často mají pocity viny či studu za to, co cítí, hněvají se na sebe za své emoce apod. Všímavost je učí sledovat své pocity bez těchto sekundárních škodlivých reakcí. Nemění se tedy tolik intenzita primárních emocí, ale spíše způsob, jakým jsou zpracovány. Všímavost například snižuje interferenci emocí na myšlení (Ortner, Kilner & Zelazo, 2007).

Součástí dysregulace emocí je neschopnost rozpoznat emoce a rozlišovat mezi nimi či problémy s popisováním vlastních emocí. Všímavost jako nástroj pozorování a jednoduchého označování emocí může sloužit jako dobrý prostředek léčby zvládání emocí (Linehan, 1993a). V nácviku regulace emocí je například podstatná dovednost identifikovat a pojmenovat vlastní pocity, což vyžaduje zapojení všímavých dovedností pozorování a popisování. Klienti se učí všimnout si rozličných aspektů emocionální reakce, jako je událost, která ji vyvolala, interpretace události, subjektivní emocionální prožitek včetně fyziologických příznaků, impuls k určitému jednání, související chování atd.

### 10.17 Označování (labeling)

Součástí praxe rozvíjející všímavost je také technika označování či popisování psychických obsahů – emocí, kognitivních procesů apod. (Goldstein & Kornfield, 1997; Segal, Williams & Teasdale, 2002). Klienti jsou instruováni k tomu, aby jednoduchým slovem či frází označili své vnitřní prožitky (například „myšlení“, „smutek“, „chuť se protáhnout“ apod.). Linehanová (1993a) zařazuje popisování vlastních psychických stavů mezi šest základních všímavých dovedností a procvičování této dovednosti zařazuje do terapeutické péče ve svém dialekticko-behaviorálním přístupu.

Na první pohled se může zdát, že popisování intrapsychických prožitků je v rozporu s nekonceptuální povahou všímavosti. Popisování však znamená pouhé označování psychických či senzorických jevů bez dalšího rozvádění. Místo aby byl jedinec například vtažen do vzpomínání, je tento jev označován jako „vzpomínání“, čímž se docílí odstupu od tohoto procesu a jeho zastavení.

Označování emocí podporuje vztah k afektivním stavům a myšlenkovým procesům jako k objektům pozornosti, čímž vyvolává určitý odstup (dezidentifikaci) od těchto negativních stavů. Účinnost označování při regulaci emocí dokazuje také neurofyziologický výzkum Creswella a kolegů (2007), v němž sledovali činnost mozku funkční magnetickou rezonancí při úkolu pojmenování emocí z fotografií. Respondenti s vyšší úrovní všímavosti (měřeno MAAS) vykazovali zvýšenou prefrontální regulaci emocí prostřednictvím označování negativních emocionálních podnětů (Creswell, Way, Eisenberger & Lieberman, 2007).

Součástí mnoha duševních poruch je neschopnost rozpoznat a rozlišovat mezi emocemi či problémy s popisováním vlastních emocí. Všímavost jako nástroj pozorování a jednoduchého označování emocí může sloužit jako dobrý prostředek léčby zvládání emocí (Linehan, 1993a).

### 10.18 Nepřímé faktory

Mimo faktory, které jsou přímo všímavostí rozvíjené a které působí pozitivně na psychické zdraví, můžeme identifikovat také faktory, které nejsou všímavou praxí primárně adresovány, které však mají také léčebný efekt.

Jedním z takových faktorů je relaxace. Relaxace má hluboký vliv na psychofyzilogické fungování a je hojně v psychoterapii užívána. Meditace všímavosti často působí relaxačně, což může mít v mnoha případech pozitivní vliv při léčbě psychických poruch. Cílem meditace všímavosti však není relaxace, je to jen vedlejší produkt, jehož může, ale nemusí být dosaženo. Všímavost znamená nehodnotící pozorování toho, co se děje, i v případě svalového napětí, obtěžujících myšlenek či fyziologického vybuzení. Výzkum [Jainové a kolegů \(2007\)](#) ukázal, že meditační i relaxační techniky mají pozitivní vliv na duševní stav, avšak pouze meditace všímavosti vede k dalším účinným efektům, jako je snížení ruminací. Přesto je však relaxační reakce všímavostí velmi často indukovaná a může tak být jedním z účinných faktorů. Naše implementace nácviku všímavosti v denním stacionáři PCP (viz praktická část) ukázala, že klienti považují klid a uvolnění prostřednictvím všímavosti za jeden z důležitých přínosů meditace všímavosti.

Dalším nepřímým faktorem může být podpora sebeovládání a sebekontroly. Nácvik všímavosti zahrnuje v některých případech extenzivní praxi domácích cvičení. Dodržování těchto domácích úkolů po celou dobu programu (dva měsíce) a déle vede k posilování sebekontroly. Sebekontrola nebo seberegulace je pak spojována s celou řadou pozitivních psychologických důsledků ([Masicampo & Baumeister, 2007](#)). Jak argumentují [Masicampo a Baumeister \(2007\)](#), dosahuje všímavost pozitivních efektů právě prostřednictvím posilování sebekontroly.

V nácviku všímavosti může hrát roli také sociální opora. Velká část programů rozvíjejících všímavost, jako např. MBSR a MBCT, je založena na skupinovém formátu. V každotýdenních skupinách klienti sdílejí své zkušenosti a pocity s ostatními, což může mít nezanedbatelný terapeutický účinek.

Jiným vlivem může být také eticko-filozofický kontext. Všímavost je vždy vyučována v určitém kontextu (filozofickém, duchovním, etickém nebo terapeutickém), což ukotvuje všímavost v určitém světonázoru, který zdůrazňuje využití všímavosti pro prospěšné a prosociální cíle ([Leary & Tate, 2007](#)). Tento eticko-filozofický kontext může také působit terapeuticky, jelikož jistým způsobem strukturuje svět, dává lidské existenci přesah a smysl anebo pomáhá vyjasnit osobní hodnoty.

# 11 Indikace

## 11.1 Závislosti

Jednou z klinických aplikací všímavosti je léčba závislosti na návykových látkách. Všímavost byla využita v terapii závislosti na alkoholu (Ostafin & Marlatt, 2008), nikotinu (Davis et al., 2007), hazardních hrách (Toneatto, Vettese & Nguyen, 2007; Lakey et al., 2007) a u zneužívání návykových látek u uvězněných (Bowen et al., 2006). Všímavost je také například součástí komplexního programu prevence relapsu návykového chování (RP, Relapse prevention), v němž se klienti učí reagovat adaptivně na impulzy a nutkání k užití návykových látek (Marlatt & Gordon, 1985). Také empirické výzkumy potvrzují úspěšnost léčby založené na rozvíjení všímavosti u závislosti na alkoholu a jiných návykových látkách (Bowen et al., 2006; Davis et al., 2007).

Všímavost pomáhá snižovat riziko relapsu návykového chování jasnějším uvědomováním si myšlenkových a emocionálních procesů, které vedou k relapsu a pomocí expozice a desenzitizace vůči spouštěčům návykového chování, jakými jsou například negativní emoce (Breslin, Zack & McMains, 2002). Základem všímavosti je bdělé uvědomování si intrapsychických procesů, které jinak probíhají zcela automaticky (Bishop et al., 2004). Častou příčinou zneužívání návykových látek je vliv automatických myšlenkových procesů na chování. Podporou uvědomování si aktuálních psychických jevů může všímavost zvyšovat schopnost rozpoznat a vhodně reagovat na nutkání k užití drog. Zvědomění těch automatických procesů, které vedou k návykovému chování (jako např. automatické negativní myšlenky, dysfunkční schémata, falešná atribuce apod.), snižuje jejich vliv na chování (Breslin, Zack & McMains, 2002). Všímavost tak oslabuje vztah mezi chutí, která vzniká automaticky, a vlastním požitím látky (Ostafin & Marlatt, 2008). Jinými slovy, všímavost rozšiřuje mezeru mezi impulzem a reakcí na něj. Ačkoliv nelze snížit četnost impulzů k požití návykové látky, tedy chuť na ni, lze změnit vztah k těmto impulzům. Při nácviku všímavosti u populace se závislostmi jsou klienti vedeni k tomu, aby tyto impulzy vnímali s odstupem a pozorovali je nezaopatř, čímž se snižuje jejich vliv na chování. V programu prevence relapsu u závislosti je v této souvislosti použita metafora „surfování na vlnách nutkání“ (surfing the urge). Klienti jsou vedeni k tomu, aby vnímali objevující se nutkavé impulzy k užití návykové látky jako vlny v oceánu, které postupně rostou, dosahují vrcholu a ustupují. Klienti tyto impulzy pouze pozorují, „jezdí po nich“. Učí se tímto způsobem, že tato nutkání jsou pomíjivá a časem se oslabují a že je mohou nechat přicházet a odcházet, aniž by na ně museli reagovat a vyhovět jim. Také se však učí, že přijdou další vlny, další nutkání a potřeby a že nelze tyto vlny zrušit. Místo toho je lépe přijmout tyto prožitky jako přirozenou odezvu v rizikových situacích a naučit se je zvládat adaptivním způsobem (Marlatt & Gordon, 1985).

Zatímco všímavost zahrnuje přijetí neustále se měnících aktuálních vnitřních prožitků, znamená závislost neschopnost přijmout přítomný okamžik a neustálé vyhledávání příjemných zážitků spojených s užitím drogy (Marlatt, 1994). Návykové chování je projevem zážitkového vyhýbání (experiential avoidance, Hayes et al., 1996), tedy snahou vyhnout se určitým nepříjemným psychickým stavům únikem k drogám (Bien, 2009). Všímavost se vyznačuje rozvojem akceptujícího postoje k jakýmkoliv, tedy i negativním prožitkům, bez snahy je změnit, uniknout jim nebo je potlačit. Klienti se učí pozorovat své nepříjemné prožitky a nevyhýbat se jim pomocí maladaptivních strategií, jako je užívání návykových látek (Breslin, Zack & McMains, 2002).

Pozitivní vliv na snížení závislosti má všímavost nepřímo také prostřednictvím podpory faktorů pozitivně působících při léčbě závislostí a redukci těch negativních. Všímavost

snižuje úroveň stresu a negativních emocí (např. [Astin, 1997](#); [Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998](#); [Brown & Ryan, 2003](#)), což jsou faktory, které hrají důležitou roli v relapsu návykového chování ([Breslin, Zack & McMains, 2002](#)). Zároveň podporuje pocit životní pohody a pozitivní emoce, zvyšuje psychickou odolnost a pocit sebekontroly ([Brown & Ryan, 2003](#)), tedy činitele negativně korelující s návykovým chováním.

Pozitivní vliv všímavosti na léčbu závislostí dokládají některé výzkumy. Ve výzkumu [Ostafina a Marlatta \(2008\)](#) měly osoby s vyšší úrovní přijetí přítomného okamžiku (měřenou dotazníkem FFMQ) nižší úroveň automatické motivace k pití alkoholu a menší sklon k nebezpečnému pití. [Bowenová s kolegy \(2006\)](#) zjistila významné snížení užívání alkoholu, marihuany a kokainu u vězňů po propuštění, kteří absolvovali intenzivní meditační kurz rozvíjející všímavost. V jiném výzkumu byla dosažena 56% úspěšnost při odvykání kouření po absolvování programu MBSR ([Davidson et al., 2003](#)). Prokázána byla také negativní korelace mezi všímavostí a závažností patologického hráčství ([Lakey, Campbell, Brown & Goodie, 2007](#)).

## 11.2 Psychotické poruchy

Všímavost je využívána také v léčbě psychotických poruch. Především se v této oblasti úspěšně uplatňuje Terapie přijetí a angažovanosti (ACT, Acceptance and Commitment Therapy), v níž je podpora všímavosti klíčovým prvkem ([Hayes, Strosahl & Wilson, 1999](#)). Objevují se však nové a slibné pilotní studie zapojující do léčby nácvik formální meditace všímavosti, jako je tomu například v programu MBSR ([Davis, Strasburger & Brown, 2007](#); [Chadwick, Taylor & Abba, 2005](#)).

Hlavní myšlenkou terapie je skutečnost, že samotné psychotické symptomy nejsou škodlivé, škodlivé je chování spojené s těmito symptomy a reakce na ně ([Pinto, 2009](#)). Hlasy nebo myšlenky nemají moc působit nezávisle na realitu, a proto nemohou ublížit pacientovi ani jeho okolí. Lidé se dostanou do psychiatrické léčebny nikoliv proto, že mají halucinace či bludy, ale proto, že podle nich jednají a způsobují tak sobě a okolí nebezpečné nebo nepříjemné situace ([Pankey & Hayes, 2003](#); [Bach et al., 2006](#)).

Hlavním principem přístupů založených na všímavosti při léčbě psychotických onemocnění je omezení snahy o redukci psychotických symptomů. Namísto toho je důraz kladen na to, aby pacienti žili produktivní a hodnotný život (tak, jak si jej sami definují) i s příznaky psychotického onemocnění. Jinými slovy se učí žít se svou nemocí, nikoliv se jí zbavit. To ovšem neznamená, že by pacienti nebyli psychotických symptomů zbaveni anebo se nesnížilo duševní utrpení. Tato pozitivní změna je často v průběhu léčby dosažena, ačkoliv to není hlavním cílem terapie. Paradoxně zanechání snahy ovládnout neobvyklé myšlenky snižuje citlivost pacienta vůči nim ([Bach et al., 2006](#)).

Některé projevy psychotického onemocnění mohou být také chápány jako projev vyhýbání se jistým nepříjemným psychickým jevům. Například velkášský blud může být způsob, jak se vyhnout nízkému sebehodnocení ([Bach et al., 2006](#)). Zde opět platí myšlenka, že více škody nadělá snaha zbavit se určitých pocitů. Postoj přijetí k celé šíři vnitřních prožitků, který je všímavostí rozvíjen, může zabránit nebo omezit toto sekundární utrpení.

Místo snahy odstranit psychotické symptomy se v takové terapii pacienti učí a) identifikovat strategie kontrolující psychické obsahy a záměrně se jich vzdát, b) akceptovat své pocity, c) všímat si svých myšlenek, ale nebrat je doslova, d) být vědomě v kontaktu s přítomným okamžikem a e) jednat v souladu s vlastními hodnotami a životními cíli ([Pankey & Hayes, 2003](#); [Bach & Hayes, 2002](#)).



## 11 Indikace

Důležitým mechanismem účinku všímavosti u psychotických onemocnění bylo identifikováno snížení hodnověrnosti či přesvědčivosti (believability) tzv. pozitivních symptomů, jako jsou halucinace a bludy. V rámci nácviku všímavosti se u pacientů rozvíjí odstup od vlastních psychických obsahů (myšlenek a představ) včetně těchto pozitivních příznaků. Pacienti se učí pozorovat je objektivně, „takové, jaké jsou a nikoliv takové, jaké říkají, že jsou“ (Bach et al., 2006, s. 96). Výzkumy ukazují, že léčba zahrnující všímavost snižuje víru v realitu halucinací a ta je mediátorem menšího distresu s nimi spojeného (Bach & Hayes, 2002; Gaudiano & Herbert, 2006a, b). V populární kultuře byla tato skutečnost výborně ztvárněna ve filmu popisujícím život geniálního matematika Johna Nasha, který celý život trpěl schizofrenií. Ačkoliv se nikdy svých halucinací nezbavil, dokázal využít prvky všímavosti (objektivního přístupu) a naučil se tak brát své halucinace pouze jako halucinace, nikoliv jako skutečnost a neřídít se jimi.

Všímavost při léčbě schizofrenie a jiných psychotických poruch může také pomáhat snižováním negativních dopadů těchto onemocnění, jakými jsou úzkosti, obavy a stres. Výzkumy u nepsychotické populace ukazují na pozitivní vliv všímavosti na snížení úzkosti a zvýšení životní pohody (Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004) a lze předpokládat, že může být podobně efektivní také u psychotických poruch. Výsledky předběžných studií na toto téma jsou slibné. Například autorky Davisová, Strasburgerová a Brownová (2007) aplikovaly program MBSR u schizofrenních pacientů a zjistily lepší zvládání stresu spojeného s poruchou a snížení úzkosti. Všímavost také byla uplatněna jako jedna z metod snižování agresivity u chronicky duševně nemocných pacientů v komunitní léčbě (Singh et al., 2007a).

Jak varuje Pinto (2009), nemusí být způsob nácviku všímavosti, který je ověřený u jiných patologií (např. deprese, úzkost apod.), vhodný také v léčbě schizofrenie s jejími specifickými poruchami psychických funkcí. Schizofrenní pacienti nemusí být schopni meditovat delší dobu anebo provádět cvičení samostatně doma, jak je tomu obvyklé u některých strukturovaných programů. Je třeba brát vážně různá specifika a nebezpečí plynoucí z povahy tohoto onemocnění a přizpůsobit tomu aplikaci všímavosti (Pinto, 2009).

Vzrůstající počet výzkumů potvrzuje úspěšnost využití všímavosti v terapii psychotických poruch. Bachová a Hayes (2002) zjistili, že krátkodobá terapie ACT s pacienty trpícími halucinacemi či bludy vedla oproti standardní léčbě k 50% snížení rizika rehospitalizace. Pacienti udávali zmírnění duševního trápení spojeného se symptomy a také popisovali zmenšení víry v obsah halucinací a bludů. Tento výzkum byl replikován s vylepšenou metodologií autory Gaudianem a Herbertem (2006a), kteří u pacientů absolvujících ACT oproti kontrolní skupině zjistili celkové zlepšení klinických kritérií, zlepšení nálady, snížení úzkosti spojené s halucinacemi a zlepšení v sociální oblasti. V následujícím výzkumu pak potvrdili hypotézu, že mediátorem těchto změn je snížená víra v pravdivost halucinací a bludů (Gaudiano & Herbert, 2006b).

Kromě ACT byl zkoumán vliv skupinového formátu nácviku všímavosti vycházejícího z programu MBSR, avšak takových výzkumů je zatím velmi málo. Kromě již zmiňované pilotní studie Davisové et al. (2007), zkoumali vliv intervence založené na nácviku všímavosti autoři Chadwick, Taylorová a Abba (2005). Ti zjistili zlepšení emocionálního a behaviorálního fungování u psychotických pacientů s aktuálními, nepříjemnými symptomy.

### 11.3 Afektivní poruchy

Velmi dobře teoreticky i empiricky zpracovanou aplikační oblastí všímavosti je terapie depresivní poruchy, a to především jako profylaktická léčba snižující riziko relapsu. Specificky pro prevenci relapsu deprese byla vyvinuta kognitivní terapie založená na nácviku



všímavosti (MBCT; Segal, Williams & Teasdale, 2002), jejíž účinnost byla empiricky ověřena v randomizovaných kontrolovaných studiích (Teasdale et al., 2000; Ma & Teasdale, 2004). Ačkoliv je MBCT určena především pro depresivní pacienty v remisi, objevují se již první výzkumy aplikující MBCT u aktuálně depresivních pacientů resistantních na farmakologickou léčbu (Kenny & Williams, 2007), u depresivně-úzkostných symptomů spojených s bipolární afektivní poruchou (Williams et al., 2008) nebo při léčbě reziduálních depresivních symptomů (Kingston et al., 2007). Kromě MBCT je deprese léčena dalšími směry, jejichž součástí je všímavost, jako je DBT (Marra, 2004) anebo ACT.

Výzkumy ukazují, že kognitivně behaviorální terapie je účinná metoda při léčbě deprese (Praško, Možný & Šlepecký, 2007). Problémem však zůstává, že po ukončení terapie se depresivní epizody často vracejí a s každou další epizodou je riziko relapsu vyšší. Běžně používanou prevencí relapsu je dlouhodobá, někdy trvalá léčba antidepressivy, což je však způsob finančně nákladný a pro mnohé pacienty neakceptovatelný. Tvůrci MBCT zkoumali zpracování informací v průběhu depresivního relapsu a došli k závěru, že jedinci, kteří prodělali těžkou depresivní epizodu, jsou zranitelnější, pokud se u nich vyskytne mírné zhoršení nálady. S větší pravděpodobností se u nich pak může rozvinout depresivní porucha kvůli reaktivaci depresivních myšlenkových schémat vytvořených během předchozích epizod. Tato myšlenková schémata v podobě ruminací o příznacích a příčinách špatné nálady spouští začarovaný kruh negativních myšlenek vedoucí až k plnému rozvoji depresivní epizody (Teasdale, Segal & Williams, 1995). Předejít tomuto procesu lze podle autorů nácvikem regulace pozornosti (attentional control), který je postavený na nácviku všímavosti prostřednictvím meditace.

Podle autorů je jedním ze zásadních účinných faktorů kognitivní terapie deprese změna perspektivy či vztahu ke svým myšlenkám (Teasdale et al., 1995). Autoři tuto změnu perspektivy nazývají decentrace či odstup a jedná se o dezidentifikaci s psychickými obsahy. Z této perspektivy jsou myšlenky a pocity vnímány pouze jako přechodné psychické jevy, které přicházejí a odcházejí, které nejsou nutně správným popisem reality (např. co se týče pacientova sebehodnocení) a které nevyžadují určité jednání či reakci. Tento decentrovaný postoj se dá vyjádřit tvrzeními „Myšlenky nejsou skutečnost“ či „Já nejsem svými myšlenkami“ (Segal, Williams & Teasdale, 2002). Taková perspektiva zabráňuje tomu, aby lehce negativní myšlenky způsobené běžným poklesem nálady eskalovaly do sebekritických, depresogenních myšlenkových schémat. V tradiční kognitivně-behaviorální terapii deprese se tato perspektiva vytváří zkoumáním a zpochybňováním automatických negativních myšlenek, čímž jsou takové myšlenky objektivizovány (Praško, Možný & Šlepecký, 2007). Tento proces je však v KBT implicitní a výslovně se s ním nepracuje. V meditaci všímavosti je tato decentrace jedním z ústředních procesů a explicitně je dezidentifikace s myšlenkami podporována. Hypotéza, že změna vztahu k negativním myšlenkám snižuje zranitelnost vůči depresi a že je tento mechanismus společný KBT a MBCT, byla potvrzena v některých výzkumech (Teasdale et al., 2002; Fresco, Segal, Buis & Kennedy, 2007).

Na rozdíl od klasické kognitivně-behaviorální terapie není v léčbě deprese pomocí všímavosti vynakládána snaha o změnu či redukci dysfunkčních myšlenkových schémat. Místo toho je podporován postoj přijetí a připuštění nepříjemných myšlenek a pocitů. Výzkumy ukazují, že snaha o potlačení či vytěsnění nežádoucích myšlenek vede paradoxně k jejich posílení a častějšímu výskytu (Wegner & Zanakos, 1994). Místo potlačování jsou tedy klienti vedeni k uvědomování si a přijetí těchto myšlenek a pocitů, avšak s odstupem, tedy aniž by jim přikládali nějakou váhu a důležitost, věřili v jejich pravdivost anebo jimi byli pohlceni.

Dalším problémem relapsu deprese jsou také tzv. ruminativní reakce na mírné poklesy nálady. Ruminativní reakce je definována jako chování a myšlenky, které jsou zaměřené na depresivní symptomy a jejich důsledky (Nolen-Hoeksema, 1991). Pacienti neustále

v myšlenkách rozebírají, proč se cítí špatně, co dělají chybně a jak tyto chyby vedou k problémovým situacím. Ačkoliv takto ruminující lidé jsou přesvědčeni, že analýzou svých problémů a snahou o pochopení svých nedostatků dosáhnou důležitého vhledu a osvobozujícího řešení, empirické výzkumy ukazují, že takový ruminativní styl naopak depresi prohlubuje (Nolen-Hoeksema, 1991). Regulace pozornosti rozvíjená v meditaci všímavosti může hrát důležitou roli v omezení ruminací. Zaměření plné pozornosti na přítomný okamžik s decentrovaným postojem vede k omezení kapacity pro zpracování informací, a zbývá tak málo prostoru pro ruminace (Segal et al., 2002), což dokazuje i výzkum Watkinse a Baracayi (2002). Důležitým faktorem nácviku všímavosti je také neustálé vracení se k primárnímu objektu pozornosti (např. dechu) a nechání být (letting go) myšlenek, čili zanechání jejich dalšího rozvádění. To zabraňuje dalšímu rozvíjení negativních myšlenek až do plného obrazu depresivní poruchy. Snížení ruminací pomocí nácviku všímavosti potvrzují také některé výzkumy, v kterých bylo zjištěno významné snížení tendence k ruminacím u dříve depresivních pacientů po absolvování MBSR (Ramel, Goldin, Carmona & McQuaid, 2004; Kingston, Dooley, Bates, Lawlor & Malone, 2007). Kumar, Feldman a Hayesová (2008) také potvrdili snížení ruminací a zážitkového vyhybání u depresivních pacientů prostřednictvím zvýšené všímavosti.

Důležitým výsledkem všímavé praxe v prevenci relapsu deprese je také uvědomování si příznaků nadcházejícího relapsu (únava, podrážděnost apod.). Včasná registrace rozvíjející se deprese může zabránit jejímu plnému rozvoji (Segal et al., 2002).

Snaha uniknout nepříjemným psychickým stavům může někdy vyústit až v pokus o sebevraždu. Postupný trénink akceptace a smíření se s těmito stavy, probíhající v zásadě na principu expozice a desenzitivizace (interoceptivní expozice), může významně snížit suicidalitu u depresivních pacientů. Jelikož suicidální pacienti tráví mnoho času sebevražednými ruminacemi a fantaziemi, může omezení a decentrace od těchto ruminací přispět k zmenšení rizika sebevraždy (Williams, Duggan, Crane & Fennell, 2006; Barnhofer & Crane, 2009).

Účinnost nácviku všímavosti v prevenci relapsu deprese byla úspěšně ověřena v několika výzkumech. Teasdale a kolegové (2000) provedli randomizovanou kontrolovanou studii 145 pacientů, kteří prodělali dvě a více epizod deprese a v době výzkumu byli v remisi. Kontrolní skupina byla léčena standardní cestou, zatímco experimentální navíc prošla osmitýdenním programem nácviku všímavosti MBCT. Po roce zjistili autoři významný rozdíl počtu relapsu mezi oběma skupinami. Zatímco v kontrolní skupině se u 66% pacientů deprese znovu objevila, v experimentální skupině tomu tak bylo jen u 37%. Ukázalo se, že u pacientů s třemi a více epizodami deprese nácvik všímavosti téměř o polovinu snížil riziko relapsu, a má proto značný profylaktický charakter. Tyto výsledky se projevíly pouze u chronických, ruminujících pacientů, nikoliv u pacientů, u nichž byla deprese způsobena vnějšími událostmi. To nepřímě potvrzuje, že mechanismem účinku všímavosti v prevenci relapsu deprese je především snížení ruminativní reakce na běžné poklesy nálad (Teasdale et al., 2000). Výsledky tohoto výzkumu byly opakovány a potvrzeny autory Maová a Teasdale (2004), kteří zjistili stejné profylaktické působení MBCT u 75 pacientů v remisi (78% relapsu u kontrolní skupiny a pouze 36% u experimentální).

Studie zaměřující se na ověření hypotetických mechanismů účinku se teprve začínají objevovat. Williams, Teasdale, Segal a Soulsby (2000) zjistili, že MBCT zvyšuje přesnost autobiografické paměti. Její nepřesnost hraje v etiologii deprese ústřední roli. Kingstonová et al. (2007) u pacientů v remisi potvrdili snížení ruminací po absolvování MBCT. Ruminace jsou přitom pokládány za jeden z faktorů podílejících se na relapsu depresivní epizody (Nolen-Hoeksema, 1991; Segal et al., 2002).

## 11.4 Neurotické poruchy

Neurotické poruchy umožňují srozumitelné pochopení a pozorování výsledků všímavosti v klinické praxi (Germer, 2005c). Mnohé aspekty neurotických poruch (zaměření na budoucnost, zúžené pole pozornosti atd.) jsou přímo adresovány všímavostí, a proto jsou přístupy založené na všímavosti a přijetí obzvláště vhodné při léčbě této skupiny poruch (Orsillo, Roemer & Holowka, 2005).

Neurotické (úzkostné) poruchy se vyznačují převládající komponentou úzkosti a strachu v klinickém obrazu, která negativně ovlivňuje a narušuje zvládání běžných činností (Smolík, 2001). Strach může být z externích podnětů (jednoduché fobie, agorafobie, sociální fobie) nebo vnitřních (panická porucha, obsedantně-kompulzivní porucha). Většina pacientů si uvědomuje, že jejich strach je iracionální, ale samotné toto vědomí není dostatečné pro zvládnutí zvýšené úzkosti v kritických situacích.

Společným prvkem mnoha úzkostných poruch je **hypervigilance** - selektivní pozornost a zvýšená senzitivita vůči možným hrozbám. Úzkostní pacienti rychle rozpoznávají, negativně hodnotí a snaží se vyhnout možným ohrožujícím situacím a podnětům. Pacienti trpící panickou poruchou například více sledují fyziologické podněty a jsou citliví na fyziologické příznaky spojené s touto poruchou. Sociálně fobičtí pacienti jsou citliví na projevy kritického posouzení druhých (Gratz, Tull & Wagner, 2005). Hypervigilance vede k zúžení pozornosti a tím k přehlížení ostatních podnětů a informací, které nejsou spojeny s úzkostí, které však mohou být důležité či doplňující. Všímavost se vyznačuje neselektivní pozorností vůči všem podnětům. Tak mohou pacienti vnímat i původně přehlížené podněty, které nepotvrzují nebezpečnost situace a které jsou naopak posilující. U sociální fobie to například znamená mimo kritických pohledů vnímat i ty pozitivně reagující, mimo pocitů strachu vnímat i pocity pýchy a kompetence a podobně u posttraumatické stresové poruchy všímat si podnětů signalizujících bezpečí oproti monitorování možných nebezpečí (Gratz, Tull & Wagner, 2005). Vnímání celého spektra podnětů je také předpokladem k adaptivnímu a flexibilnímu reagování.

Důležitým znakem úzkostných poruch je **vyhýbavé chování**. Spolu s hypervigilancí toto vyhýbání tvoří paradoxní proces „vyhledat, abych se toho vyvaroval“ (seek to avoid), tedy vyhledávání určitých podnětů a následná snaha tyto podněty potlačit nebo jim uniknout (Gratz, Tull & Wagner, 2005). Pacienti se angažují v mnoha podobách vyhýbavého chování ve snaze vyhnout se úzkosti a situacím, myšlenkám či představám, které ji vyvolávají.

Například základním prvkem posttraumatické stresové poruchy je vyhýbání se myšlenkám na traumatickou událost, s nimi spojeným emocím a s okolnostmi, které tyto vzpomínky vyvolávají (Smolík, 2001). Snaha vyhnout se traumatickým vzpomínkám může mít za následek mnoho forem patologického jednání jako je zneužívání návykových látek, disociace či sebepoškozování (Follette, Palm & Rasmussen-Hall, 2004). Podobně je většina škodlivých následků obsedantně-kompulzivní poruchy způsobena rituálním, kompulzivním chováním, které je vedeno snahou o redukci nepříjemných pocitů spojených s obsedantními myšlenkami. Úzkost a strach jsou evolučně vyvinuté reakce v nebezpečných situacích, které mají za cíl uchránit jedince před hrožícím nebezpečím. Hlavní myšlenkou přístupů založených na všímavosti je skutečnost, že úzkost a strach jsou proto nevyhnutelné a snaha se jich zbavit nebo se jim vyhnout je kontraproduktivní. Například snaha vyhnout se úzkosti v určitých sociálních situacích, jako je tomu u sociální fobie, vede k omezení kvality života a dalším problémům. Místo toho se klienti učí všímat si a přijímat úzkost a naučit se tak s ní žít. Paradoxně vede snaha nesnižovat úzkost k jejímu snížení. Cílem terapie založené na všímavosti je proto v bezpečném terapeutickém prostředí naučit se přijímat a žít s úzkostnými pocity, aby se jim pacient nemusel vyhýbat prostřednictvím neproduktivního a škodlivého

vyhýbavého chování (Follete & Vijay, 2009). Při všímavosti jsou nepříjemné myšlenky a emoce spojené s traumatem sledovány bez snahy je potlačit.

To je v souladu se standardní metodou v léčbě úzkostných poruch, jíž je expozice vůči situacím vyvolávajícím úzkost (Praško, 2002b). Léčba úzkostných poruch se posunula od expozice vnějším stimulům (jako např. metro či nákupní centrum) k interoceptivní expozici, tedy desenzitivizaci vůči vnitřním spouštěčům (např. závrať či tachykardie). Tak se přirozeně přiblížila všímavé praxi, která se věnuje sledování fyzických a psychických podnětů bez potlačování (Germer, 2005c). Všímavost se vyznačuje sledováním myšlenek a pocitů bez snahy je nějakým způsobem měnit či potlačovat, tedy bez jakékoliv reakce na ně. Touto expozicí se mění vztah pacienta k interním podnětům, jako jsou myšlenky, z odporu k přijetí. Klient tak může žít hodnotný život i přes výskyt určitých myšlenek či pocitů (Gratz, Tull & Wagner, 2005). Linehanová (1993a) tento stav nazývá *teflonová mysl*, která nereaguje a neulpívá na svém obsahu.

Důležitým prvkem při takové interoceptivní expozici je **akceptující a nehodnotící postoj**, tedy zaměření na pocity strachu a úzkosti a jejich prozkoumávání s postojem přátelského přijetí (Germer, 2005c). Pro některé pacienty (se sebevražednými sklony, disociacemi či destruktivní impulzivitou) může být expozice nepříjemným pocitům příliš zatěžující (Becker & Zayfert, 2001). V rámci všímavosti se učí klient sledovat tyto nepříjemné myšlenky a emoce s odstupem a přijetím, což je v těchto případech vhodnější. Taková expozice bývá nazývána expozice s přijetím (*mindfulness-enhanced exposure, acceptance-based exposure*; Follete & Vijay, 2009).

Postoj přijetí rozvíjený v rámci všímavosti je jako obecný princip sám o sobě prospěšný. Přijetí znamená přijetí svých pocitů, myšlenek, představ a obecně tak sebe sama. Linehan (1993) v tomto ohledu využívá všímavost jako prostředek na podporu a zvýšení sebepřijetí. Například strach z hodnocení druhých a silný sebekritický postoj vůči vlastním projevům je základní složkou úzkosti ze sociálních situací. Akceptující a nehodnotící postoj, rozvíjející se během nácviku všímavosti, snižuje toto sebeposuzování a takto také snižuje z něj pramenící obavy (Herbert & Cardaciotto, 2005).

Samotné úzkostné myšlenky mohou být prostředkem **vyhýbání se hlubším a více existenciálním nepříjemným pocitům**. Jak uvádějí Roemerová a Orsillová (2002), pacienti strategicky a automaticky vytěšňují tyto nepříjemné pocity prostřednictvím obav ohledně řady budoucích událostí. Obavy a starosti tak slouží jako prostředek odvrácení se od závažnějších osobních problémů. Neustálé uvažování o možných budoucích nebezpečích slouží k vyhnutí se intenzivnějším nepříjemným existenciálním pocitům v přítomnosti (Roemer, Salters-Pedneault & Orsillo, 2006). Neustálé starosti ohledně nepodstatných záležitostí mohou rozptylovat myšlenky ohledně pocitů méněcennosti. Podobně vznikají starostlivé myšlenky jako výsledek snahy o redukci pocitů nejistoty, které pacienti nedokážou snést. Pacienti věří, že pokud budou schopni předvídat možné katastrofické varianty, nějakým způsobem jim dokážou zabránit. Takto snižují nesnesitelný pocit nejistoty (Roemer & Orsillo, 2002). Ačkoliv jsou tyto strategie krátkodobě efektivní, z dlouhodobého hlediska jsou škodlivé. Všímavost se vyznačuje akceptací nepříjemných pocitů (pocity nejistoty apod.) a zabraňuje tak rozvoji neadaptivních způsobů jejich zvládání.

Dalším prvkem úzkostných poruch je sklon negativně, **katastroficky interpretovat** určité podněty (u panické poruchy fyziologické reakce). Úzkost se stává škodlivou, pokud je reakcí na nebezpečí, které není reálné. Situace a jevy jsou vnímány jako nebezpečné kvůli dysfunkčním myšlenkovým schémátům, iracionálním přesvědčením a chybným interpretacím, skrz něž je vnímán svět jako nebezpečné místo. Tato schémata fungují jako filtr, jímž jsou zpracovány pouze informace, které do tohoto světového názoru zapadnou, jiné jsou odfiltrovány. Takové interpretace jsou škodlivé, pokud nejsou v souladu s tím, co se skutečně právě děje. Cílem nácviku všímavosti je sledování aktuálních externích a interních podnětů



bez evaluací, hodnocení, analyzování či interpretací (domněnek, předpovědí a očekávání). Všímavost dále znamená uvědomování si, nikoliv přemýšlení o podnětech (vnitřní pocity, vnější situace). Snižuje se tak vliv negativních metakognicí a dysfunkčních schémat a nepříjemných pocitů z nich vycházejících (Wells, 2002; Germer, 2005c). Například pacient trpící panickou poruchou může vnímat zvýšený tlukot srdce a s ním spojenou myšlenku „Mám infarkt“ pouze jako myšlenku, aniž by byla považována za pravdivou (Gratz, Tull & Wagner, 2005). Samozřejmě nelze být zcela bez různých očekávání, ale cílem je nechat tato očekávání plavat co nejvíce a co nejčastěji (Borkovec & Sharpless, 2004).

Obavy jsou také udržovány neustálou **vnitřní řečí a přemýšlením** (Roemer & Orsillo, 2002; Borkovec & Sharpless, 2004). Všímavost se oproti tomu vyznačuje zaměřením na přítomnost, a tak snížením vnitřního monologu a ruminací, včetně katastrofizujících myšlenek ohledně budoucích událostí (Leary & Tate, 2007).

Podobně jako interpretační tendence, je dalším společným prvkem neurotických poruch fakt, že **obavy a strachy klientů jsou především směřované do budoucnosti** (katastrofické scénáře toho, co by se mohlo pokazit; Borkovec & Sharpless, 2004). Pacienti emočně reagují na hypotetické, smyšlené situace v budoucnosti, které vůbec nenastaly, jako by se skutečně odehrály. Kromě toho, že představování si možných hrozeb a zaměřením se na ně vytváří další úzkost, navíc zabraňuje adaptivnímu reagování na situační okolnosti, jelikož odklání pozornost od toho, co se děje právě teď. Všímavost naopak explicitně pracuje se zaměřením pozornosti na přítomnost a uvědomováním si toho, co se právě děje, čímž tyto negativní projevy omezuje (Orsillo, Roemer, Block-Lerner & Tull, 2004; Gratz, Tull & Wagner, 2005).

Dalším znakem úzkostných poruch je **rigidní a habituální reagování** řízené primárně snahou o redukci úzkosti (Roemer & Orsillo, 2005). Všímavost svým důrazem na „mysl začátečníka“ učí pacienty vnímat věci v nových souvislostech a umožňuje tak nové a flexibilní jednání (Orsillo, Roemer, Block-Lerner & Tull, 2004).

Problém u úzkostných poruch jsou také **potíže se zvládáním vlastních emocí**, podobně jako je tomu u hraniční poruchy osobnosti. Někteří autoři proto do terapie úzkostných poruch integrovali prvky DBT (Linehan, 1993), ve které je všímavost využívána při nácviku zvládání emocí. Týká se to například posttraumatické stresové poruchy (Becker & Zayfert, 2001; Follette, Palm & Rasmussen-Hall, 2004) a dále panické poruchy, generalizované úzkostné poruchy či sociální fobie (Gratz, Tull & Wagner, 2005). Neurotičtí pacienti investují mnoho energie do potlačování nežádoucích interních prožitků, což vede k omezenému uvědomění jemných a složitých podnětů a reakcí. Pacienti mají predispozice intenzivně emočně reagovat, mají slabé porozumění vlastním pocitům, jsou přecitlivělí na vlastní emoce a mají nedostatek strategií zvládání emocí (Gratz, Tull & Wagner, 2005). Jedním z cílů terapie je proto nácvik dovedností zvládání emocí prostřednictvím nácviku všímavosti. Klienti se učí bez hodnocení pozorovat, popisovat a plně se zapojovat do vnitřních i vnějších zážitků, a dále tolerovat a přijímat nepříjemné vnitřní prožitky bez snahy je změnit (Follette, Palm & Rasmussen-Hall, 2004). Tak se snižuje sekundární emoční reakce, jako je stud či strach z vlastních pocitů. Tímto způsobem se klienti učí zvyšovat uvědomování na emoční prožitky, pružnost v reagování na ně a také sledování myšlenek a emocí, které běžně potlačují (Follette, Palm & Pearson, 2006).

Úspěšnost všímavosti v léčbě úzkostných poruch dokládají také některé výzkumy. Kabat-Zinn a kolegové (1992) zjistili významný pokles úzkosti u smíšené skupiny pacientů s generalizovanou úzkostnou poruchou a panickou poruchou po absolvování programu MBSR. Účinky intervence byly patrné i po třech letech, a proto lze tvrdit, že krátkodobá skupinová intervence založená na meditaci všímavosti má dlouhodobý pozitivní vliv na úzkostné poruchy (Miller, Fletcher & Kabat-Zinn, 1995).

### 11.4.1 Obsedantně-kompulzivní porucha

[Schwartz \(1996\)](#) vyvinul terapii obsedantně-kompulzivní poruchy založené na všímavosti. Pomáhá zbavit se obsesivního myšlení upozorněním pacienta na to, že takové myšlenky jsou pouze návyky mozku. Schwartz například ukazuje pacientům obrázky mozku získané pozitronovou emisní tomografií jako doklad. Vede tak pacienty k tomu, aby si uvědomili, že mozek dělá chyby (vnímá nebezpečí tam, kde žádné není) a problém nastává pouze v případě, pokud těmto falešným alarmům věříme a jednáme podle nich. Takto se pacient může k symptomům poruchy stavět více objektivně („To nejsem já, to je můj mozek“) a nenechat se jimi zcela ovládnout. Tak je dosažen decentrovaný postoj, odstup k projevům poruchy, což dává pacientovi možnost jednat více adaptivně ([Schwartz, 1996](#)).

Ústředním znakem obsedantně-kompulzivní poruchy je zmatení mezi myšlenkou a akcí (thought-action fusion), tedy víra v to, že myšlenky mají moc ovlivnit vnější události a že přemýšlení o určité události vede k této události („Pokud budu myslet na to, že se mému dítěti něco stane, určitě se mu něco přihodí.“). Návikem všímavosti se klienti učí vnímat myšlenky pouze jako myšlenky a pozorovat rozdíl mezi myšlenkami a skutečnými událostmi ([Fairfax, 2008](#)).

Důležité je také všímavostí procvičované nereagování a nechání plavat obtěžujících myšlenek, což snižuje potřebu provádění kompenzujícího kompulzivního chování. Vzhledem k víře v moc myšlenek na vnější události se pacienti vehementně snaží své myšlenky kontrolovat prostřednictvím vyhýbání se situacím, které je vyvolávají, anebo prováděním opakovaného a rituálního jednání. Základní myšlenkou je schopnost přijmout obsesivní myšlenky bez nutnosti angažování se v jednání, které tyto myšlenky (a s nimi spojené pocity) snižuje ([Hannan & Tolin, 2005](#)).

Randomizovaná kontrolovaná studie jedinců s OKP symptomatologií v neklinickém souboru prokázala po absolvování programu vycházejícího z MBCT statisticky významnou a velkou redukcí OKP symptomů, menší zmatení mezi myšlenkami a akcí a zvýšení schopnosti nechat obsedantní myšlenky plavat ([Hanstede, Gidron & Nyklíček, 2008](#)).

Přesvědčivá je také případová (n=1) studie autorů [Singha a kolegů \(2004\)](#) pacientky trpící OKP, u které farmakologická léčba a ani tradiční KBT nedosahovaly významných a trvalých výsledků. Autoři se zaměřili na zvýšení všímavosti proto, aby byla schopna začlenit OKP do svého života. Výsledky ukázaly, že díky terapii úspěšně předešla zničujícím důsledkům poruchy a byla schopna zbavit se veškeré medikace po půl roce. Přeměření po třech letech ukázalo, že je dobře adaptovaná, má bohatý a zdravý životní styl, a přestože některé obsesivní myšlenky přetrvávají, neovládají její jednání ([Singh, Wahler, Winton & Adkins, 2004](#)).

### 11.4.2 Panická porucha

Kognitivně behaviorální terapii obohacenou o všímavost a přijetí vytvořili pro léčbu panické poruchy autoři [Levitt a Kareklová \(2005\)](#). Výzkum účinnosti tohoto přístupu doložil u pacientů s panickou poruchou snížení úzkosti, deprese a vyhýbavého chování a dále významné snížení úzkostné citlivosti, agorafobických myšlenek, četnost panických atak a jejich závažnost a také zvýšení kvality života ([Levitt & Karekla, 2005](#)).

Další terapeutický přístup k léčbě panické poruchy přinesl [Germer \(2005c\)](#), který vytvořil variantu MBCT pro léčbu panické poruchy s agorafobií.

V experimentální studii pacientů s panickou poruchou potvrdili [Levitt a kolegové \(2004\)](#) možnost využití všímavosti v terapii této poruchy. Subjekty, které byly v experimentální skupině a přistupovaly k nepříjemnému podnětu všímavě a s přijetím, vykazovaly po první expozici nepříjemnému podnětu větší ochotu účastnit se dalších nepříjemných situací. Oproti



tomu u kontrolní skupiny, která v první situaci měla za úkol potlačovat nepříjemné pocity anebo se je snažit zvládnout, byla ochota pokračovat významně nižší (Levitt, Brown, Orsillo & Barlow, 2004).

### 11.4.3 Generalizovaná úzkostná porucha

Autorky Roemerová a Orsillová (2002) vytvořily léčebný program určený pacientům trpícím generalizovanou úzkostnou poruchou, jehož součástí jsou všímavost a přijetí. Autorky tvrdí, že všímavost a přijetí mohou být vhodnou protilátkou vůči nutkavým obavám klientů (Roemer & Orsillo, 2002; Roemer, Salters-Pedneault & Orsillo, 2006).

Hlavní myšlenkou tohoto přístupu je tvrzení, že většina negativních symptomů je následkem vyhýbání se nepříjemným pocitům a obav z emocionální reakce, což potvrzuje výzkum Roemerové a kolegů (Roemer, Salters, Raffa & Orsillo, 2005).

Výsledky předběžného výzkumu potvrzují účinnost tohoto programu. Klienti, kteří program absolvovali, udávali významné snížení závažnosti poruchy na škálách úzkosti, obav a deprese. Navíc také vykazovali zvýšenou kvalitu života. Tyto výsledky byly udrženy i po následném měření po třech měsících. Stejně výsledky byly dosaženy při následující randomizované kontrolované studii (Roemer & Orsillo, 2005).

### 11.4.4 Sociální fobie

Současné výzkumy ukazují, že pozornost hraje klíčovou roli v udržování úzkostných poruch. Jmenovitě tři procesy pozornosti udržují obavy ze sociálních situací, a to hypervigilance, vyhýbavá pozornost (attentional avoidance) a zvýšené zaměření pozornosti na sebe. Na všechny tyto procesy se zaciluje nácvik všímavosti (Bogels, Sijbers & Voncken, 2006).

Pilotní studii využití nácviku všímavosti spojeného s nácvikem soustředění u sociální fobie provedli autoři Bogels, Sijbers a Voncken (2006). Léčba byla postavena na základě MBCT, tedy jako 9týdenní program s 45-60minutovými setkáními jedenkrát týdně a s domácími úkoly mezi lekcemi. Autoři se zaměřili na ovlivnění procesů pozornosti prostřednictvím nácviku pozornosti, a proto vypustili z protokolu prvky kognitivní terapie. U sociální fobie se pacienti vnímají očima druhých a stávají se tak spíše objektem než subjektem sociální interakce. Prostřednictvím všímavosti se sociálně fobíci pacienti učí vnímat sebe prostřednictvím vnitřního pozorovatele spíše než očima druhých lidí (Bogels, Sijbers & Voncken, 2006). Výsledky pilotní studie ukázaly, že tato léčba byla vysoce účinná při snížení sociální fobie, což se projevilo i po dvouměsíčním přeměření. Efekt léčby se nejvýrazněji projevil u strachu z negativního ohodnocení a v rozdílu mezi reálným já, ideálním já a tím, jak se subjekt domnívá, že ho vnímají ostatní (self-ideal discrepancy).

### 11.4.5 Trauma a posttraumatická stresová porucha

Jak argumentují Becker a Zayfert (2001), je mnoho příznaků posttraumatické stresové poruchy shodných s potížemi, které mají lidé trpící hraniční poruchou osobnosti. Jsou to například silné negativní emoce, rychlé střídání negativních emocí či chaotické životní problémy. Tito autoři proto integrovali do terapie hraniční poruchy osobnosti prvky DBT, v níž je klíčovou dovedností právě všímavost (Linehan, 1993).

Podobně do terapie PTSD zapojily DBT autorky [Follettová, Palmová a Rasmussen-Hallová \(2004\)](#). Ty vytvořily integrativní terapeutický přístup k léčbě traumatických poruch, který kombinuje prvky ACT, DBT a je vhodný pro pacienty s traumatickou zkušeností. Klíčovými prvky jsou zde koncepty všímavosti a přijetí.

### 11.5 Psychosomatické poruchy

#### 11.5.1 Poruchy příjmu potravy

Symptomem poruch příjmu potravy je zaujetí vlastními tělesnými proporcemi a hmotností, které nepřiměřeně ovlivňuje sebehodnocení ([Smolík, 2001](#)). Pacientky sebekriticky posuzují a hodnotí svůj vzhled a činí radikální kroky k dosažení svého tělesného ideálu. Sebekritika a odmítání sebe sama mohou být pozitivně ovlivněny rozvíjením sebezpřijetí prostřednictvím všímavosti.

Jedním z léčebných přístupů založených na všímavosti byl v tomto směru aplikován MBCT ([Baer, Fischer & Huss, 2005](#)). Účast v tomto programu vede ke zvýšení schopnosti pozorovat a uvědomovat si vjemy hladu a nasycení, zvyšuje ochotu prožívat i nepříjemné pocity bez jejich potlačování pomocí přejídání, snižuje víru v pravdivost negativních myšlenek a v přesvědčení podílejících se na udržování této poruchy a ke zlepšení schopnosti volit adaptivní strategie v stresujících podmínkách ([Baer, Fischer & Huss, 2005](#)).

Autoři [Kristellerová a Hallett \(1999\)](#) vytvořili léčebný program určený pro léčbu mentální bulimie, který je založen na nácviku všímavosti prostřednictvím meditace (MB-EAT, mindfulness-based eating awareness training). Tento program vychází z velké části z MBCT a přidává cvičení a techniky speciálně určené pro poruchy příjmu potravy. Jejich výzkum ukázal, že po absolvování programu se snížila četnost záchvatů přejídání a také jejich závažnost. Spolu s tím se snížila úroveň deprese a úzkosti a zvýšil se pocit vlastní kontroly. Tyto výsledky ukazují, že meditace všímavosti je účinnou metodou pro léčbu mentální bulimie ([Kristeller & Hallett, 1999](#)).

Další přístup využívající všímavost v terapii poruch příjmu potravy je DBT, kterou v této oblasti aplikovali [Telchová, Agras a Linehanová \(2001\)](#). Hlavní myšlenkou tohoto přístupu je tvrzení, že přejídání je způsob, jak zvládat nepříjemné pocity. Jelikož pacientky neznají jiné adaptivní strategie zvládání emocí, stává se záchvatovité přejídání jedinou alternativou. Všímavost prostřednictvím důrazu na nehodnotící a vytrvalé uvědomování si emocí bez snahy je potlačit či na ně nějak reagovat, zabraňuje sklonu k přejídání jako prostředku potlačení nepříjemných emocí. V randomizované kontrolované studii autoři zjistili, že 89% absolventů programu přestalo se záchvatovitým přejídáním oproti 12,5% v kontrolní skupině. Také se u nich snížil zájem o hmotnost a postavu a zmírnila se potřeba k jedení ve chvílích hněvu ([Telch, Agras & Linehan, 2001](#)).

[Woleverová a Bestová \(2009\)](#) popisují devět dovedností rozvíjených pomocí všímavosti, které jsou podstatné pro léčbu poruch příjmu potravy. Je to 1) nehodnotící pozorování balíku našich reakcí (balíku myšlenek, pocitů a tělesných vjemů, které ovládají chování), 2) vyčlenění emocí z tohoto balíku a rozpoznání, že emoce jsou jen přechodné události, na které nemusíme nutně reagovat, 3) vyčlenění myšlenek z tohoto balíku a pochopení toho, že myšlenky jsou jen myšlenky, na které není nutné vždy reagovat, 4) vyčlenění a tolerance nutkání k určitému jednání, 5) vyjasnění fyziologických pocitů signalizujících hlad či nasycení, 6) pozornost vůči pocitům spojeným s chutí, 7) rozlišení fyziologických projevů emocí od fyziologických reakcí spojených s jídlem, 8) rozpoznání skutečné potřeby ležící za

našimi reakcemi a 9) moudré a informované rozhodování vedoucí k naplnění této potřeby (Wolever & Best, 2009).

### 11.5.2 Poruchy spánku

Všímavost byla úspěšně aplikovaná u poruch spánku (Yook et al., 2008). Pacienti trpící nespavostí po absolvování programu MBCT vykazovali významné zlepšení na škálách měřících kvalitu spánku, přičemž mediátorem tohoto působení je snížení úzkosti (Yook et al., 2008).

### 11.5.3 Sexuální poruchy

Brottova s kolegy (Brotto & Heiman, 2007; Brotto et al., 2008) zapojili nácvik všímavosti do léčby sexuálních dysfunkcí u žen, které prodělaly hysterektomii kvůli nádorovému onemocnění. Tyto pacientky popisují nedostatek sexuální touhy a vzrušení jako jeden z nejhorších vedlejších účinků prodělané léčby.

Sexuální dysfunkce jsou často způsobované různými rušivými vlivy, jako je úzkost a starosti, utlumením, sebekritikou ohledně sexuálního výkonu, nedostatkem pozornosti vůči přítomnosti a sexuálním podnětům (Brotto & Heiman, 2007). Ženy s nedostatkem sexuální touhy se proto učí během milostného aktu všímavě zaměřovat pozornost na přítomnost a na tělesné pocity místo toho, aby se nechaly vtáhnout do nepříjemných a sebekritických myšlenek či starostí. Především zaměřují plnou pozornost na pocity slasti (i když nevýrazné) při milování a učí se je plně uvědomovat. Pouhé uvědomění si určitých pocitů vede k jejich intenzivnějšímu prožívání (Kabat-Zinn, 1990). Jak mnohé z nich popisují, je toto velmi mocný způsob, jak tyto pocity zintenzivnit a prohloubit a považují to za nejdůležitější dovednost celého programu (Brotto & Heiman, 2007).

Výzkum, sledující efektivitu krátkého psychoedukačního programu, obsahující nácvik všímavosti, potvrdil významný pozitivní vliv tohoto programu na sexuální touhu, vzrušení, orgasmus, uspokojení, sexuální strasti, depresi a celkovou životní pohodu (Brotto et al., 2008).

## 11.6 Poruchy osobnosti

V oblasti poruch osobnosti se nejvýrazněji uplatnila Dialektická behaviorální terapie autorky M. Linehanové (1993a, b). Ta vytvořila kognitivně-behaviorální terapeutický přístup určený primárně pro léčbu hraniční poruchy osobnosti, jehož stěžejní součástí je nácvik všímavosti. Detailní popis tohoto přístupu podáváme jinde, zde se budeme věnovat pouze aspektům léčby hraniční poruchy osobnosti.

Hraniční porucha osobnosti je v MKN10 řazena pod emočně nestabilní poruchu osobnosti a jejím hlavním znakem jsou problémy ve zvládnání emocí (emotion regulation). Porucha se projevuje impulzivitou, zmateností ve vlastních emocích, emoční nestabilitou vlivem reaktivní nálady, návaly hněvu či ztrátou kontroly, emočními krizemi apod. (Smolík, 2001). Všímavé dovednosti (pozorování, popisování, zúčastněnost, bez hodnocení, jednomyslně a efektivně) jsou určené především k zvládnání problémů s regulací emocí.

Všímavost jako klíčová dovednost v DBT pomáhá klientům ve čtyřech překrývajících se oblastech: 1) zvýšením kontroly pozornosti, 2) lepším uvědomováním si vnitřních prožitků, 3)

snížením impulzivního jednání a 4) zvýšením sebekpotvrzení (self-validation; Lynch et al., 2006).

Neustálým zaměřováním pozornosti na přítomný okamžik se klienti učí sledovat své psychické stavy (emoce, myšlenky, akční pobídky) bez potlačování. Zaměřením nehodnotící a otevřené pozornosti na intrapsychické prožitky se klienti učí rozpoznávat a popisovat své emocionální reakce včetně spouštěčů, interpretací události vedoucí k reakci, pobídky k určitému jednání, vlastního chování a jeho následků (Linehan, 1993).

Všímání si aktuálních emocí je také způsob snížení sekundárního utrpení spojeného s nepříjemnými pocity. Zahrnuje sledování emocí tak, jak vyvstávají, bez hodnocení a snahy je potlačit či kontrolovat. Zdůrazňovaná je nevyhnutelnost nepříjemných emocí. Takové pozorování a akceptace emocí funguje jako expozice a snižuje se sekundární reakce na emocionální prožitky (vina, stud, hněv na sebe za to, že mám určité pocity).

Všímavost také napomáhá snižovat impulzivní jednání motivované snahou o redukci bolestivých negativních pocitů. Všímavost rozvíjí schopnost přijmout a tolerovat i nepříjemné pocity, aniž by se pacient angažoval v destruktivních snahách jim zabránit (sebepoškozování, zneužívání omamných látek, pokusy o sebevraždu; Rizvi, Shaw Welch, Dimidjian, 2009).

Všímavost je také zacílená na sebeznehodnocující (self-invalidating) chování, které je pro pacienty typické. Pacienti jsou velmi kritičtí k sobě a často se domnívají, že „by neměli přemýšlet tak, jak přemýšlejí, cítit se tak, jak se cítí, či být tím, čím jsou“. Všímavost se zaměřuje na tento sklon kritizovat se a soudit sebe sama a učí klienty zaujmout mírnější a akceptující postoj vůči sobě i ostatním (Shaw Welch, Rizvi & Dimidjian, 2006).

Účinnost DBT v léčbě hraniční poruchy osobnosti dokládá řada randomizovaných studií (přehled viz např. Koerner & Dimeff, 2000).

### 11.7 Somatická onemocnění

Jedna z prvních aplikací všímavosti v psychologické péči byla v oblasti psychologických potíží souvisejících se somatickými onemocněními. Jon Kabat-Zinn (1990) vytvořil v sedmdesátých letech minulého století na Protistresové klinice massachusettské univerzity komplexní program určený pro pacienty fakultní nemocnice s celou řadou somatických diagnóz. Cílem programu bylo především snížení stresu, způsobeného samotným onemocněním, stresem spojeným s léčebnými procedurami či s vedlejšími účinky léčby. Účastníky tvořila heterogenní populace pacientů trpících řadou vážných onemocnění, například rakovinou, chronickou bolestí, kardiovaskulárními onemocněními a dalšími.

Intervence založené na všímavosti doplňují lékařskou péči dvěma způsoby. Za prvé je to terapeutické působení na psychologické komponenty onemocnění, jako je úzkost, obavy, nejistota z budoucnosti, deprese apod. V tomto ohledu působí nácvik všímavosti podobně jako v případě duševních poruch bez somatického onemocnění (viz výše). Za druhé se prostřednictvím všímavosti klienti učí snášet a přijímat nepříjemné důsledky onemocnění, které jsou nevyhnutelné (především chronická bolest). Základním cílem této intervence je především naučit pacienty s chronickými onemocněními prožívat i přes svůj handicap plnohodnotný, bohatý, zdravý a adaptivní život (Kabat-Zinn, 1990).

Jednou z hlavních skupin pacientů, pro které byl program určen, jsou pacienti s **chronickou bolestí**. Chronickou bolest není možné zcela odstranit ani pomocí medikace – léky účinné pro akutní bolest nejsou účinné pro chronickou (Dahl & Lundgren, 2006). Místo toho se klienti MBSR prostřednictvím meditace všímavosti učí sledovat celou škálu svých prožitků s odstupem a bez hodnocení. Bolest tak mohou sledovat jako jev, který je od nich oddělený. Osvojují si také schopnost nereagovat na bolest a učí se ji dovedně snášet. Nejsou

proto tolik ve vleku svého onemocnění, ale spíše se stávají vědomými činiteli svého života. Učí se tak čelit bolesti s rostoucí vyrovnaností, moudrostí a soucitem (Kabat-Zinn, 1990).

V ACT přístupu zvládání chronické bolesti je základní premisou myšlenka, že ačkoliv bolest bolí, je to neadaptivní snaha se jí zbavit, která způsobuje psychické utrpení a problémy. Neúčelná snaha vyhnout se bolesti vede k vyhýbání se pro pacienta důležitým aktivitám v oblasti rodiny, práce či zábavy, což vede k mnoha negativním důsledkům. Místo toho je kladen důraz na život v souladu s vlastními hodnotami i navzdory přetrvávající bolesti (Dahl & Lundgren, 2006).

Dahlová a Lundgren (2006) také rozlišují mezi tzv. čistou (clean) a špinavou (dirty) bolestí. Čistá bolest je bolest samotná, způsobená somatickým působením, zatímco špinavá bolest je sekundární utrpení v podobě negativních myšlenek, emocí a očekávání spojených s bolestí. V rámci využití všímavosti v léčbě chronické bolesti se pracuje právě s touto sekundární bolestí, která mnohdy působí mnohem škodlivěji na duševní život pacienta než bolest samotná.

Ve studii Sephtonové et al. (2007) bylo sledováno 91 žen s fibromyalgií (chronická bolest svalů a tkání), které se v rámci terapie účastnily programu MBSR. V této randomizované kontrolní skupině vykazovaly subjekty z experimentální skupiny významné snížení depresivních příznaků oproti kontrolní skupině. U stejné skupiny pacientů zjistily další výzkumy pozitivní vliv meditace všímavosti v několika oblastech, jako jsou celková životní spokojenost, bolest, spánek a únava, dále v dopadu onemocnění na život a vnímané závažnosti nemoci (Kaplan et al., 1993; Goldenberg et al., 1994).

Významnou skupinou pacientů, u kterých byl zkoumán efekt meditace všímavosti, je populace **onkologických pacientů**. Mimo negativní příznaky samotné nemoci a vedlejších účinků léčby je rakovina velmi zatěžující a devastující po psychické stránce. Onkologická onemocnění jsou zdrojem enormního stresu, jak na straně pacienta, tak jeho rodiny. Pacienti musí čelit nejistotě a obavám z budoucnosti, mění se jejich sociální role a každodenní život. Značná část pacientů tak trpí nějakou formou duševní poruchy v důsledku onemocnění (deprese, úzkost). Je proto zcela na místě psychologická intervence, která je zacílená na tyto negativní psychické aspekty onemocnění. Vhodnou se v tomto ohledu ukazují být skupinové formáty meditace všímavosti.

Mnohé aspekty všímavosti mají pozitivní vliv na psychiku onkologických pacientů (Specia, Carlson, Mackenzie & Angen, 2006). Část stresu u nich pochází z přemítání o minulosti (o možných příčinách nemoci, lítost nad životním stylem či rozhodnutími v minulosti) a o budoucnosti (obavy z možné bolesti či ztráty života). Zaměření na přítomnou chvíli v průběhu všímavé praxe může pomoci snížit tento zdroj stresu a sekundární utrpení, které není nutné. Nezaujaté pozorování tělesných příznaků vede k expozici a desenzitizaci, čímž se snižuje efekt nepříjemných fyzických symptomů na život pacienta. Přijetí rozvíjené v rámci všímavosti má důležitý potenciál při adaptaci pacientů na nové skutečnosti, jako je změna v pojetí vlastní identity, své role, vnímání svého těla apod. V tomto ohledu také svou nekonceptuální povahou všímavost napomáhá oproštění od zažitých představ, očekávání a schémat. Pacienti jsou tak více otevření všem aspektům onemocnění, tedy i těm, které mohou mít i důležitý vliv na osobní růst (Specia et al., 2006).

Vliv programu MBSR na psychické zdraví u onkologických pacientů byl zkoumán v randomizované kontrolované studii autorů Specy, Carlsonové, Goodeyho a Angenové (2000). Účastníci programu vykazovali ve srovnání s kontrolní skupinou méně poruch nálad a problémů s koncentrací, nižší úroveň deprese, napětí, úzkosti, hněvu. Udávali také větší vitalitu po skončení programu a méně projevů stresu. Tyto efekty se zachovaly i po půl roce, kdy proběhlo přeměření (Carlson, Ursuliak, Goodey, Angen & Specia, 2001). Stejná skupina autorů zjišťovala vliv MBSR u pacientů s rakovinou prsu a prostaty, kteří byli 3 měsíce po skončení léčby. Měření zahrnovalo psychologické proměnné jako v předchozích výzkumech a



navíc byla přidána biologická měření imunních, endokrinních a autonomních funkcí. Výrazné zlepšení bylo pozorováno v oblasti celkové kvality života, ve snížení příznaků stresu a zlepšení kvality spánku. Biologická měření prokázala téměř trojnásobný vzrůst produkce T-lymfocytů, které mají možný protinádorový efekt. Také další ukazatele funkce imunitního systému naznačovaly posun k zdravějším a potenciálně léčivým hodnotám (Carlson, Speca, Patel & Goodey, 2003, 2004).

Mezi další empirické nálezy patří pozitivní vliv programu MBSR na úroveň stresu a úzkosti, na psychické přizpůsobení se rakovině a místo kontroly zdraví (health locus of control; Tacon, Caldera & Ronaghan, 2004) na kvalitu spánku (Shapiro, Bootzin, Figueredo, Lopez & Schwartz, 2003) či sexuální apetenci po léčbě rakoviny dělohy (Brotto & Heiman, 2007; Brotto et al., 2008).

Výsledky výzkumů účinnosti MBSR **jako psychologického doplňku u pacientů s rozmanitými diagnózami** jsou velmi slibné. Kabat-Zinn, Lipworth a Burney (1985) zjistili, že pacienti trpící chronickou bolestí po absolvování programu vykazovali snížení momentální bolesti, nižší inhibici denních činností způsobenou bolestí a nižší spotřebu léků proti bolesti. Zároveň bylo u těchto pacientů zjištěno snížení úzkosti, deprese a somatických symptomů. Tento efekt byl potvrzen i po čtyřech letech (Kabat-Zinn, Lipworth, Burney & Sellers, 1987).

Většina výzkumů se spoléhá na dotazníkové metody, ať už je posuzovatelem odborník či samotný respondent. Některé výzkumy však potvrdily přímý vliv meditace všímavosti na objektivně pozorovatelné příznaky onemocnění. Kabat-Zinn s kolegy (1998) v randomizované kontrolované studii prokázali pozitivní vliv meditace všímavosti při léčbě psoriázy (lupénky). Pacienti, kteří při fototerapii psoriázy naslouchali řízené meditaci všímavosti, vykazovali statisticky významně rychlejší zánik kožních projevů onemocnění hodnocených zaslepeným odborníkem.

Výzkumy také potvrzují pozitivní vliv všímavosti na životní spokojenost pacientů a snížení psychických potíží jako úzkost či deprese. Například ve výzkumu Reibelové et al. (2001) bylo u heterogenní populace pacientů po absolvování MBSR zjištěno zlepšení kvality života v oblasti vitality, tělesné bolesti, omezení z důvodu nemoci a sociálního fungování. Prokázáno bylo také snížení somatických symptomů, úzkosti a deprese.

Metaanalýzu výzkumů vlivu programu MBSR na zdraví provedli Grossman, Niemann, Schmidt a Walach (2004). U dvaceti výzkumných studií, které splňovaly kritéria, byl vypočítaný průměrný efekt účinku (Cohenovo d) přibližně 0.5 ( $p=0.0001$ ), tedy střední velikost účinku. Autoři uzavírají, že na všímavosti založená skupinová intervence MBSR může být nápomocná celé řadě pacientů při zvládání klinických a neklinických problémů.



## 12 Specifické klinické populace

### 12.1 Děti a dospívající

Jelikož výzkumy dokládají účinnost přístupů založených na všímavosti při léčbě deprese a úzkosti (přehled např. [Baer, 2003](#)) u dospělých, začaly se objevovat také pokusy o aplikaci při léčbě tohoto okruhu duševních poruch u dětí a dospívajících ([Semple, Lee & Miller, 2006](#); [Goodman, 2005](#); [Greco, Blackledge, Coyne & Ehrenreich, 2005](#); [Thompson & Gauntlett-Gilbert, 2008](#); [Goodman & Greenland, 2009](#)). Také empirické výzkumy, ačkoliv doposud nečetné a metodologicky omezené, využitelnost nácviku všímavosti u dětské populace potvrzují ([Semple, Reid & Miller, 2005](#); [Semple, Lee & Miller, 2006](#); [Lee, Semple, Rosa & Miller, 2008](#)).

Při aplikaci nácviku všímavosti u dětí je třeba brát v potaz specifické vývojové odlišnosti například v kognitivních procesech. Variantu MBCT pro děti (MBCT-C, Mindfulness-based cognitive therapy for children) vytvořili autoři [Semple, Leeová a Millerová \(2006\)](#). Ta se od standardního programu MBCT liší ve třech podstatných bodech. 1) Jelikož děti mají méně vyvinutou paměť a pozornost, jsou v této variantě všímavá cvičení podstatně kratší a častěji se opakují. Například místo 20 – 40minutových meditací, jako je tomu v programu pro dospělé, zavádějí časté 3 – 5minutové minimeditace prováděné v průběhu každého setkání. Program pro dospělé staví hodně na schopnosti rozpoznávat a vyjadřovat své pocity prostřednictvím abstraktního uvažování a logické analýzy. 2) Jelikož u dětí jsou tyto kognitivní schopnosti omezené, mnohem více se při rozvíjení všímavosti uplatňují hry, příběhy či fyzická aktivita a je tak podporované především zážitkové učení. 3) Významně je do léčby zapojena celá rodina, jelikož jsou děti mnohem více integrovány ve svém rodinném prostředí. Mimo tyto základní principy jsou při práci s dětmi uplatňovány další zásady, jako časté opakování, rozmanitost cvičení či aktivní zapojení dětí do cvičení ([Semple, Lee & Miller, 2006](#)).

Randomizovaná kontrolovaná studie programu MBCT pro děti ve věku 9-12 let trpící úzkostmi doložila statisticky významné snížení problémů s pozorností a snížení symptomů úzkosti a deprese (toto snížení bylo však statisticky nevýznamné, pravděpodobně kvůli nízkému počtu respondentů). Velká část rodičů (61%) zaznamenala u svých dětí po absolvování programu méně problémů s chováním a se zvládáním hněvu. Ačkoliv kvantitativní potvrzení není dostačující, kvalitativní analýza poskytla povzbuzující výsledky. Zprávy některých rodičů byly velmi povzbuzující a udávaly výrazné zlepšení školního prospěchu a schopnosti zvládat dlouhodobě problematické chování. Děti byly také podle výzkumníků schopné rozvíjet všímavost prostřednictvím rozličných smyslů a tvořivě ji zapojovat do běžného života ([Semple, Lee & Miller, 2006](#); [Lee, Semple, Rosa & Miller, 2008](#)).

Na klinickou populaci adolescentních pacientů se znaky či diagnózou hraniční poruchy osobnosti vykazující sebepoškozující chování či sebevražedné sklony byla adaptována Dialektická behaviorální terapie (DBT; [Wagner, Rathus & Miller, 2006](#)). Vychází z principů a metod DBT s několika variacemi, jako je zkrácení délky léčby, snížení počtu dovedností, které se klienti učí, zjednodušení jazyka v učebních materiálech, zapojení rodiny do léčebných skupin, přidání rodinných terapií a jiné ([Wagner, Rathus & Miller, 2006](#)).

U adolescentů s poruchami chování byla úspěšně aplikována strategie zvládání agresivního chování a negativních emocí, jak ji popisuje [Singh s kolegy \(2003\)](#). Tato strategie je založena na jednoduché meditační technice, při které se klienti učí přesměrovat svou pozornost od prekurzorů agrese k neutrálnímu podnětu (pocity v chodidlech). V pilotní studii byla u tří dospívajících studentů, jimž hrozilo vyloučení ze školy kvůli agresivnímu chování,

ověřovaná účinnost této techniky. U všech subjektů se výrazně snížily projevy agresivního chování a byli schopni udržet agresivní chování na sociálně přijatelné úrovni až do ukončení školní docházky (Singh et al., 2007c).

### 12.2 Staří

Vývojové období stáří je vlivem tělesných i psychických degenerativních tendencí a změn v sociálním postavení charakteristické zvýšeným výskytem psychických potíží, jako je deprese či úzkost (Smith, 2006). Jelikož výzkumy prokazují účinnost nácviku všímavosti těchto poruch u dospělé populace (Teasdale et al., 2000; Kabat-Zinn et al., 1992), je pravděpodobná účinnost i u starších klientů. Pokud jsou klienti schopni vzhledem ke svému zdraví porozumět a praktikovat cvičení, není důvod k tomu, aby u nich nebyl nácvik všímavosti aplikován.

Ve skutečnosti má na své straně starší populace při nácviku určité výhody. Například extenzivní cvičení všímavosti (u MBSR až hodina denně) může být z časových důvodů u dospělých, pracujících populace poměrně náročné a stresující. Staří lidé mají obecně k dispozici více času, a tím pro ně tento stresor odpadá. Dokonce mají více času než smysluplných aktivit, kterými by jej naplnili, a proto využití času, který jim zbývá, smysluplným způsobem může mít důležitý vliv na duševní pohodu (Smith, 2006).

Samotný vývojový stupeň stáří je spojován s nalézáním smyslu vlastního života tváří v tvář blížící se smrti (Erickson, 2002). V mnoha kulturních tradicích a historických obdobích je zdůrazňována důležitost duchovních témat a osobního růstu v období stáří. V tomto ohledu je nácvik všímavosti velice relevantní, jelikož znamená upřímné a soustředěné prozkoumávání vlastní osobnosti a vztahů s ostatními s nadhledem a otevřeností (Smith, 2006), což vede k dosažení pocitu jednoty se sebou samým, s ostatními lidmi a se světem obecně (Lynch & Bronner, 2006).

Důležitým prvkem všímavosti, prospěšným pro staré lidi, je přijetí. Mnohé nemoci a potíže stáří jsou chronické a možnost vyléčení je nízká. Proto je blahodárný důraz všímavosti na přijetí i negativních zkušeností a prožívání plnohodnotného života vzdor různým omezením a nepříjemnostem. Klienti se učí také všimat si všech aspektů svého života, a tedy nejen těch negativních (ztráty, nemoci, nezpůsobitelnost apod.), ale také těch pozitivních (silné stránky, dovednosti, zdroje apod.). Tím je podporován pocit životní pohody (McBee, 2009).

U starších klientů může být problémem určité oslabení kognitivních funkcí, a to především paměti. Ukázalo se, že intervence založené na všímavosti mohou být prospěšné i u pacientů trpících stařeckou demencí, avšak ti vyžadují speciální individuální podporu pro vyrovnaní deficitu paměti (McBee, 2009).

Jedním z rysů starých lidí, který se podílí na udržení patologických duševních procesů, je jistá kognitivní rigidita a menší otevřenost vůči novým zkušenostem. Podle Lynche a Bronnerové (2006) je klíčem k úspěšné terapii podpora otevřenosti vůči zkušenosti, snížení rigidního chování a naopak zvýšení flexibilního situačního reagování. V tomto ohledu může hrát podstatnou roli nácvik všímavosti.

Při aplikaci tréninku všímavosti u starší populace je také třeba brát v potaz rozdílnou etiologii duševních poruch (způsobených spíše degenerativními procesy než vnějšími stresory), která může mít vliv na prospěšnost této intervence. Je pravděpodobné (ačkoliv doposud empiricky neověřené), že nácvik všímavosti bude úspěšnější u pacientů s předchozími epizodami deprese, u kterých je hlavním činitelem ruminující styl myšlení, než u pacientů, u nichž jsou deprese způsobené organickými činiteli (Smith, 2006).

McBeeová (2008) představila variaci MBSR určenou pro staré lidi a jejich pečovatele, který se nazývá Mindfulness-based elder care (MBEC). U starých lidí trpících depresí a s klinickými či subklinickými příznaky hraniční poruchy osobnosti byla také úspěšně aplikovaná DBT (Lynch & Bronner, 2006).

Kvantitativní výzkumy účinnosti nácviku všímavosti specificky u této populace nebyl doposud proveden. Kvalitativní zprávy a kasuistiky však nabízejí slibné výsledky a garantují budoucí empirický výzkum v této oblasti (např. McBee, 2009; Smith, 2006; Lynch & Bronner, 2006).

### 12.3 *Mírně mentálně retardovaní*

Mentální retardace i v mírné podobě představuje problém při nácviku všímavosti, který předpokládá jistou míru rozumových schopností, jak při výkladu, tak skupinových diskuzích. Přesto by pro tuto skupinu klientů byl nácvik všímavosti vhodnou intervencí pro zvládání hněvu, stresu, depresí či úzkosti.

Častým problémem u této skupiny je například agresivita a nezvládání hněvu, které brání pobytu v komunitních zařízeních. Singh a kolegové (2003) proto vytvořili jednoduchou strategii založenou na všímavosti, která podporuje sebeovládání a zvládání negativních emocí (především hněvu) pro klienty komunitních zařízení, kteří měli problémy s agresivitou. Tato strategie spočívá v jednoduché meditační technice, založené na zaměření pozornosti na přítomnost prostřednictvím sledování aktuálních tělesných pocitů, a tak také na přesunu pozornosti od podnětů vzbuzujících hněv k neutrálním tělesným podnětům (pocity v chodidlech). Kazuistická studie ukázala účinnost této techniky. U klienta s agresivními sklony zcela vymizely projevy agresivního chování (Singh, Wahler, Adkins & Myers, 2003). Podobné výsledky byly dosaženy u skupiny tří jedinců se střední mentální retardací, jejichž nezvládnutelné agresivní chování bránilo jejich zařazení do komunitní léčby (Singh et al., 2007b). Konečně u skupiny šesti dospělých delikventů s intelektuálním handicapem vedl nácvik této strategie k zásadnímu snížení fyzické i verbální agrese (Singh et al., 2008).

### 12.4 *Neklinické populace a prostředí*

Využití všímavosti bylo hojně zkoumáno i mimo klinický rámec. Jelikož těžiště naší práce leží především v klinické oblasti, zmíníme zde další aplikace pouze okrajově.

Jednou z oblastí, ve které se sledovala možnost využití nácviku všímavosti, je **penitenciární péče**. Kriminální chování má své kořeny v neschopnosti zvládat sociálně přijatelným způsobem stres, deprivaci či nízkou sebeúctu a také v sociálním působení skupiny vrstevníků. K tomu se přidává vliv alkoholu a drog, které působí jako prostředek ke snížení emocionálních problémů. V takových podmínkách vyvstávají silné emoce jako hněv, strach, frustrace, které ústí v asociální chování (Samuelson et al., 2007). Jelikož meditační praxe všímavosti podporuje u jednotlivců vnitřní klid, životní pohodu, pocit sebehodnoty a sebedůvěry (Kabat-Zinn, 1993), lze očekávat, že může být pozitivním činitelem snižujícím pravděpodobnost kriminálního chování. Rozsáhlý výzkum vlivu programu MBSR na vybrané psychologické proměnné u vězňů sledovali autoři Samuelsonová, Carmody, Kabat-Zinn a Bratt (2007) v šesti nápravných zařízeních celkem u 1350 účastníků. Výsledky ukázaly u absolventů programu oproti kontrolní skupině (čekací listina) statisticky významné zlepšení na škálách hostility, sebeúcty a výkyvů nálady. Výzkum provedený ve vězení v indickém Dillí dospěl k podobným výsledkům. Účastníci 10denního meditačního kurzu vipassana

## 12 Specifické klinické populace

vykazovali menší hostilitu vůči okolí a menší pocit bezmoci. U vězňů s psychiatrickou diagnózou bylo zjištěno zlepšení na škálách úzkosti a deprese. Vězni bez duševní poruchy popisovali zlepšení životní pohody a zvýšení naděje do budoucna (Chandiramani, Verma & Dhar, 1998). Badatelé se také zaměřili na častý problém vězeňské populace, kterým je zneužívání návykových látek. Po absolvování meditačního kurzu založeného na všímavosti bylo u této populace po propuštění potvrzeno významné snížení zneužívání alkoholu, marihuany a kokainu. Účastníci také vykazovali snížení problémů spojených s alkoholem, snížení psychiatrických symptomů a také pozitivní psychosociální ovlivnění (Marlatt et al., 2004; Bowen et al., 2006).

Další oblastí, ve které byl aplikován nácvik všímavosti, je oblast **psychologie práce**. V současném světě se neustále zvyšují psychické nároky na pracovníky a také stres spojený se zaměstnáním. Zaměstnanci již netrpí fyzickými nemocemi či úrazy způsobenými prací, ale spíše psychosomatickými onemocněními způsobenými stresem. Nedílnou součástí péče o zaměstnance se stává také zvyšování pracovní pohody a snížení psychických stresorů. Jednou z možností je právě program MBSR, který byl původně pro snižování stresu vyvinut, a prokázán je i jeho pozitivní vliv na psychickou pohodu (Brown & Ryan, 2003). Na rozdíl od jiných přístupů se program MBSR zaměřuje na rozvoj vnitřních zdrojů, jako je klid a nadhled, které pomáhají zvládat stresové situace. Prostřednictvím nižší emoční reaktivity a podpory přijetí problémových situací účastníci rozšiřují možnosti reagování ve stresujících situacích (Williams, 2006). Pozitivní efekt nácviku všímavosti v této oblasti potvrzují některé výzkumy. Ve výzkumu pracovníků s vysokou subjektivní úrovní stresu byl u účastníků programu MBSR oproti kontrolní skupině zjištěn pokles každodenních pracovních roztržek, psychických a zdravotních potíží. Tyto výsledky byly zachovány i při tříměsíčním přeměření (Williams, Kolar, Reger & Pearson, 2001). V jiném výzkumu uváděli absolventi MBSR v kvalitativních rozhovorech pozitivní vliv na zvládání stresových situací, což potvrdila kvantitativní data, konkrétně nárůst četnosti pozitivních a pokles negativních strategií zvládání stresu (Walach et al., 2007). Povzbuzující výsledky také přinesla aplikace ACT na pracovišti (Flaxman & Bond, 2006).

Všímavost se také uplatnila v **manželském a partnerském poradenství**. Obecně lze říci, že pozornost k partnerovi (zájem o něj a jeho názory, myšlenky a pocity) a vyjadřování této pozornosti je jedním ze základů dobrého partnerského soužití a jakéhokoliv mezilidského vztahu vůbec (Chapman, 2002). Někteří autoři upozorňují na to, že všímavost může mít pozitivní vliv na kvalitu milostného vztahu. Kabat-Zinn (1993) například poukazuje na to, že všímavost podporuje vzájemný soulad a naladění se, blízkost a napojení se na partnera. Receptivní pozornost, charakteristická pro všímavost, podporuje větší schopnost či ochotu zajímat se o partnerovy myšlenky, emoce a prospěch. Zároveň rozvíjí schopnost bděle sledovat a uvědomovat si komunikaci s partnerem, včetně nepatrných nuancí v tónu či drobných změn neverbálního chování (Brown, Ryan & Creswell, 2007). Zvýšené uvědomování si vlastních myšlenek a pocitů a partnerových reakcí vede často ke vhledu a pochopení často rigidního a škodlivého schematického reagování v partnerské interakci a otevírá tak cestu k adaptivnějšímu a zdravějšímu chování (Carson et al., 2006). Důraz na otevřenost a přijetí vlastní zkušenosti takové, jaká je, podporuje pocit soucitu a empatie k druhým, jak potvrzuje také výzkum Shapirové, Schwartze a Bonnerové (1998). Konečně je praxe všímavosti často spojována s posunem postojů, vedoucím k většímu pocitu důvěry, lásky k druhým a spojení s větším celkem (Astin, 1997; Carson et al., 2004; Kabat-Zinn, 1993; Shapiro et al., 1998), tedy faktory pozitivně působící na mezilidské vztahy.

Korelační studie potvrzují hypotézu přínosného vlivu všímavosti na partnerství. Brown a Ryan (2003) například zjistili pozitivní korelace mezi všímavostí a otevřeností, pocitem propojenosti, interpersonální blízkostí a se složkami emoční inteligence, které se podílejí na sociálních vztazích. V jiném výzkumu byla zjištěna větší spokojenost ve vztahu a schopnost

reagovat konstruktivně při partnerských potížích u lidí skórující výše na škále všímavosti (Barnes et al., 2007). Dekeyser a kolegové (2008) zjistili souvztažnost mezi aspekty všímavosti měřenými dotazníkem FFMQ a sociálně-psychologickými proměnnými jako empatie, identifikace a vyjadřování emocí, sociální úzkost či psychická nákaza negativními emocemi druhých.

Praktické využití všímavosti v partnerském poradenství našlo podobu v programu Rozvoje vztahu prostřednictvím všímavosti (MBRE, Mindfulness-based Relationship Enhancement; Carson, Carson, Gil & Baucom, 2004, 2006). Program je určen pro posílení vztahu u relativně spokojených párů a nikoliv jako skupinová terapie párů s partnerskými potížemi. Je postaven z převážné části na formátu programu MBSR včetně časového rozvrhu, pořadí technik, stylu výuky či role domácích úkolů. Původní techniky MBSR jsou prováděny v párech, čímž se prohlubuje vzájemné porozumění a propojení. Navíc jsou přidány některé nové techniky, jako je všímavé dotýkání se druhého (učení se dávat a přijímat intimní doteky) či pohled z očí do očí s postojem přijetí a otevřenosti k druhému. Větší důraz je například kladen na komunikaci během setkání, která by měla probíhat v duchu všímavosti (vždy mluví pouze jeden, zatímco ostatní pozorně naslouchají, aniž by si v hlavě připravovali, co budou říkat, apod.). Empirické ověření účinnosti tohoto programu potvrdilo pozitivní vliv na partnerské soužití. Experimentální skupina vykazovala po absolvování programu a také tři měsíce poté oproti kontrolní skupině statisticky významné zvýšení spokojenosti ve vztahu, zvýšení partnerského štěstí a snížení partnerského stresu, větší pocit autonomie a propojenosti, větší přijetí partnera a méně osobních i partnerských potíží (Carson, Carson, Gil & Baucom, 2004, 2006).



## 13 Vývojový aspekt

Výzkumy všímavosti se zaměřují především na její klinické využití a možnosti rozvíjení všímavosti pomocí nácviku. Málo je však známo o vývojových vlivech, které ovlivňují interindividuální rozdíly ve všímavosti. Publikací, které by se této oblasti věnovaly, je velmi málo a výzkumů ještě méně. Ačkoliv jednoznačné závěry v tomto směru vyvozovat nelze, je vysoce pravděpodobné, že jsou tyto rozdíly, stejně jako mnoho dalších rysů osobnosti, vytvářené v průběhu socializace působením socio-kulturních vlivů.

Někteří autoři upozorňují na **vztah mezi kvalitou připoutání a všímavostí** (Shaver, Lavy, Saron & Mikulincer, 2007). Hlavní myšlenkou teorie připoutání (attachment) je to, že každé dítě se připoutává k silnější a moudřejší pečující osobě (většinou k matce) kvůli ochraně a bezpečí (Ainsworth et al., 1978). Psychický stav a koherence chování pečující osoby ovlivňují kvalitu a jistotu vztahu dítěte k této osobě. Jistý vztah je definován jako nízká úroveň úzkostného vztahu (strach z odmítnutí, vztek při hrozbě separace, potřeba lásky a schválení) a vyhýbavého vztahu (odmítání blízkosti a vzájemných vztahů, nedůvěra ve vztahu, preference emočního odstupu; Shaver, Lavy, Saron & Mikulincer, 2007). Shaver a kolegové (2007) ve svém výzkumu zjistili silnou korelaci mezi kvalitou připoutání a úrovní všímavosti – respondenti s více úzkostným vztahem byli méně schopní udržet nereagující, nehodnotící postoj ke svým prožitkům a respondenti s více vyhýbavým vztahem byli obecně méně všímaví. Tento vztah se dá vysvětlit charakteristikami jistého připoutání. Jedinci s jistým, pevným připoutáním mohou bezpečně objevovat nová území, nové zážitky a nové sociální skupiny, aniž by se museli neustále obávat o ochranu a bezpečí. Tento popis se dá vztáhnout i na objevování a uvědomování si nových území ve vlastní psychice. Tito jedinci tak mohou zaměřit svou pozornost i na nepříjemné prožitky bez nadměrné úzkosti. Lidé s úzkostným vztahem se také více zaobírají tím, co si o nich myslí ostatní, což jim znemožňuje plně se věnovat aktivitám „tady a teď“.

Jiným vývojovým působením na úroveň všímavosti může být **příliš autoritářská a nadměrně kontrolující rodičovská výchova**. Jak píše A. Millerová (1984), učí se děti vlivem autoritářské výchovy nevšímát si svých pocitů. Rodiče vždy vědí lépe, kdy má dítě spát, kdy jíst, jak by mělo reagovat a jak se chovat. Jako by tím dítěti říkali, že by si nemělo být vědomo vnitřních pochodů. Název knihy A. Millerové je příznačný: „Neměl by sis všímat (Thou Shalt Not Be Aware)“. Dítě se tak učí nespolehat se a nevšímát si vlastních potřeb a pocitů.

Všíímavost souvisí také s kognitivní flexibilitou, kterou absolutistický či autoritářský diskurz snižuje. Méně jednoznačně definovaná situace umožňuje podívat se na věci z více úhlů pohledu, podporuje schopnost nalézat nová řešení a nespolehat se na předchozí koncepty. Výzkum Langerové a Piperové (1987) ukázal, že použití slov „mohlo by být“, „možná“, „z určitého úhlu pohledu“ spíše než absolutní „je“ při výuce zvyšovalo všímavost a tvůrčí aplikaci poznatků v nových situacích.

Autoři věnující se vývojové psychologii identifikovali určité základní psychologické potřeby dítěte, které jsou nutné k zdravému vývoji (Langmeier & Krejčířová, 1998). Jednou z těchto základních potřeb je i potřeba péče, která v sobě obsahuje také **potřebu pozornosti**. Dítě potřebuje v raných stádiích svého vývoje plnou pozornost pečující osoby, tedy jinými slovy kontakt „tady a teď“. Některé psychoterapeutické směry zdůrazňují klíčovou roli, jakou má schopnost být plně duchem přítomný v interakci s dítětem. Pokud tomu tak není, cítí se dítě odstrčené a ohrožené, což může vést k celé řadě negativních psychických důsledků. Těmi mohou být buď silné emocionální reakce (hněv, smutek), anebo naopak emocionální zamrznutí a z toho plynoucí chování (stažení se do sebe, únik do fantazií, vyhýbání se

vztahům). Pokud se taková situace opakuje často a pravidelně, stanou se takové reakce trvalým vzorcem chování. Všechny tyto typy chování lze chápat jako opak všímavosti. Jinými slovy, pečující osoba, která není všímavá, není svou pozorností v přítomnosti, blokuje ve svém dítěti rozvíjení této schopnosti.

Receptivní uvědomování, které je charakteristikou všímavosti, může být také narušeno v často se opakujících ohrožujících situacích, jako je tomu v případě **fyzického či sexuálního zneužívání** (Brown, Ryan & Creswell, 2007). Otevřenost a postoj přijetí je v takových případech nahrazen ostražitostí, uzavřeností, kritickým hodnocením sebe a ostatních lidí.

Všímavost může mít spojitost s konceptem **bezpodmínečného pozitivního přijetí**, jak jej popisuje Rogers (1998). Tato bezpodmínečná láska a přijetí ze strany rodičů podporuje růst osobnosti dítěte ve směru sebeaktualizace a plně fungující osobnosti. Taková osobnost má několik vlastností, které jsou úzce propojené s konceptem všímavosti. Především je taková osoba otevřená vůči svým zážitkům. Je schopná naslouchat vlastním pocitům bez defenzivního postoje, všímat si toho, co se odehrává uvnitř, aniž by se tím cítila ohrožena, reflektuje vlastní myšlenky a pocity bez překroucení či popření. Dále žije plně a bohatě v každém okamžiku, každý zážitek je vnímán jako nový a jedinečný. Důvěřuje svým pocitům, myšlenkám a počitkům a činí rozhodnutí podle toho, co cítí jako správné, rozhodování není ovládáno vnějšími vlivy (Rogers, 1961).

Z vývojového hlediska také můžeme sledovat **proces dezidentifikace**, který je podle mnohých autorů klíčovým mechanismem všímavosti (Martin, 1997; Segal, Teasdale & Williams, 2004). Jedná se o uvědomování si obsahů vědomí jako odlišných od toho, kdo je pozoruje. V průběhu kognitivního vývoje dítěte můžeme sledovat vývoj od egocentrického vnímání světa směrem k uvědomování si odlišných úhlů pohledů (Langmeier & Krejčířová, 1998). Batole vnímá svět pouze ze svého sebestředného úhlu pohledu. Tím, že není schopno vnímat svět objektivně, ale pouze ze svého pohledu, splývá s ním. Svět je jeho součástí. Starší dítě již dokáže zaujmout perspektivu jiného. Vyžaduje to schopnost vnímat sebe jako objekt, jako součást světa. Všímavost může být chápána jako pokračování tohoto vývojového procesu, při kterém se jedinec vnímá jako objekt, získává odstup a dezidentifikuje se postupně také se svými psychickými obsahy (Shapiro et al., 2006).

## 14 Měření všímavosti

Všímavost je v psychologické péči využívána již několik desetiletí a v posledních přibližně patnácti letech se začínají objevovat empirické studie zaměřené na různé aspekty tohoto konstruktů. Nicméně až poměrně nedávno autoři zabývající se všímavostí začali věnovat pozornost empiricky podloženým měřicím nástrojům tohoto konstruktů. Jistou roli v tomto zdržení hrál fakt, že nepanuje shoda ohledně operacionální definice, která je při vytváření validních měřicích nástrojů klíčová.

### 14.1 Dotazníkové metody

Hlavní metodou měření všímavosti se staly z praktických důvodů sebeposuzující škály. V posledních letech vzniklo několik dotazníků, které se od sebe v mnohých ohledech liší. Každý z autorů při vytváření testu vycházel z odlišných předpokladů, teoretických východisek a také se liší účel, ke kterému je test určen.

**Škála všímavé pozornosti a uvědomování** (MAAS, Mindful Attention Awareness Scale; Brown & Ryan, 2003) je 15položkový dotazník, který měří obecnou tendenci uvědomovat si a být pozorný k přítomnému okamžiku v průběhu každodenního života. Má jednofaktorovou strukturu a výsledkem je jedno celkové skóre. Autoři vytvořili jednofaktorovou škálu pozornosti/uvědomování bez snahy zachytit jiné aspekty všímavosti (jako například postojovou složku), jelikož cílem jejich výzkumu bylo zachycení vztahu mezi pozorností/uvědomováním a dalšími proměnnými, jako například subjektivní životní pohodou. Podle autorů je MAAS vhodným nástrojem pro měření interindividuálních rozdílů ve všímavosti (všímavosti jako dispozice či rysu osobnosti) stejně jako intraindividuálních rozdílů v průběhu času (všímavosti jako stavu vědomí). Respondenti hodnotí, jak často mají zkušenost s tím, že jedná automaticky, jsou zabraní v myšlenkách a nevěnují pozornost přítomnému okamžiku. Otázky jsou například „Přistihuji se, jak dělám věci, aniž bych dal pozor“ nebo „Rozbívám nebo rozlívám věci kvůli nedbalosti, nepozornosti anebo proto, že myslím na něco jiného.“ Vnitřní konzistence testu (alfa) je podle autorů 0.82 a validizační studie prokázala očekávané korelační koeficienty u konvergentní a diskriminační validity. MAAS například pozitivně koreloval s otevřeností ke zkušenosti, emocionální inteligencí a životní pohodě. Negativní korelace testu byla s ruminacemi, sociální úzkostí (Brown & Ryan, 2003), disociací a bezmyšlenkovitostí (Baer et al., 2006). Skóre v dotazníku bylo také významně vyšší u lidí praktikujících meditaci všímavosti než u kontrolní skupiny. U skupiny onkologických pacientů, kteří prošli programem na redukci stresu pomocí nácviku všímavosti (MBSR), bylo zvýšené skóre MAAS spojeno se snížením příznaků stresu a poruch nálady (Brown & Ryan, 2003).

**Škála kognitivní a afektivní všímavosti** (CAMS, Cognitive and Affective Mindfulness Scale; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson & Laurenceau, 2007) je 12položkový dotazník, který měří aspekty všímavosti tak, jak jsou popsány v rámci Terapie přijetí a angažovanosti (ACT, Acceptance and Commitment Therapy; Hayes, Strosahl & Wilson, 1999). CAMS měří čtyři aspekty všímavosti: *pozornost, zaměření na přítomný okamžik, uvědomění a přijetí vnitřních prožitků*. Ačkoliv měří čtyři aspekty všímavosti, výsledkem je pouze jedno výsledné skóre. Tento dotazník je navržen pro využití v rozličných populacích, které mají nebo nemají zkušenost s technikami rozvíjení všímavosti. Otázky dotazníku zahrnují například „Snažím se všimnout si svých myšlenek, aniž bych je soudil“, „Je pro mě lehké soustředit se na to, co dělám“ nebo „Jsem schopný přijímat myšlenky a pocity, které mám“. Interní konzistence

testu se pohybuje mezi 0.74 a 0.80. Konvergentní validita testu byla potvrzena negativními korelacemi s ruminacemi, depresí, neuroticismem, zážitkovým vyhýbáním (experiential avoidance), potlačováním myšlenek (thought suppression), potíží s regulací emocí, starostmi a úzkostmi a pozitivními korelacemi s emocionální regulací, kognitivní flexibilitou a životní pohodou. (Feldman et al., 2007; Baer et al., 2006)

**Kentucký inventář všímavých dovedností** (KIMS, Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; Baer, Smith & Allen, 2004) je 39položkový dotazník, který měří rozličné aspekty všímavosti a který je určen pro běžnou populaci. KIMS měří obecnou tendenci k tomu, být všímavý v každodenním životě. KIMS vychází z konceptualizace všímavých dovedností, které jsou součástí Dialektické behaviorální terapie (DBT, Dialectical Behavioral Therapy; Linehan, 1993). Tento dotazník měří čtyři všímavé dovednosti, a to: *pozorování* neboli sledování vnějších i vnitřních podnětů odehrávajících se v přítomném okamžiku, *popisování* neboli označení povšimnutých jevů, *uvědomělé jednání* neboli soustředěné věnování se probíhající aktivitě bez rušivých myšlenek a *přijetí bez hodnocení*. Výsledkem je jak celkové skóre, tak skóre v jednotlivých subškálách. Položky dotazníku jsou například „Všímám si, když se moje nálada začíná měnit“ (pozorování), „Jsem dobrý v nalézání slov k popisu mých pocitů“ (popisování), „Když něco dělám, v mysli se zatoulávám a snadno mě něco vyruší“ (uvědomělé jednání) nebo „Říkám si, že bych se neměl cítit tak, jak se cítím“ (přijetí bez hodnocení). Očekávané korelace s jinými konstrukty byly statisticky významné. Všímavé dovednosti měřené KIMS korelovaly s celou řadou aspektů osobnosti a duševního zdraví, jako například neuroticismus, otevřenost ke zkušenosti, emocionální inteligence, alexithymie, zážitkové vyhýbání se (experiential avoidance) a disociace (Baer, Smith & Allen, 2004; Baer et al., 2006).

**Torontská škála všímavosti** (TMS, Toronto Mindfulness Scale; Lau et al., 2006) je 10položkový dotazník měřící všímavost jako stav vědomí. Tento dotazník vznikl na základě řady setkání týmu výzkumníků, které měly za cíl dojít ke shodě ohledně operacionální definice všímavosti (Bishop et al., 2004). Konečný model všímavosti navržený tímto týmem je dvoufaktorový a stejně tak byl vytvářen i dotazník TMS. Konfirmatorní faktorová analýza potvrdila dvoufaktorovou strukturu s prvním faktorem nazvaným Zvědavost (Curiosity), který představuje uvědomování si momentální zkušenosti s postojem zvědavosti, a druhým faktorem Decentrace, který zdůrazňuje uvědomování si přítomné zkušenosti s jistým odstupem a dezidentifikací namísto nechání se unést vlastními myšlenkami a pocity. Otázky dotazníku zahrnují tvrzení, která se vztahují k meditaci všímavosti bezprostředně předcházející vyplnění dotazníku. Jsou to například „Prožíval jsem sám sebe jako odděleného od měnících se myšlenek a pocitů“ (decentrace) nebo „Byl jsem zvědavý na to, co se o sobě mohu naučit všímáním si, jak reaguji na určité myšlenky, pocity a vjemy“ (zvědavost). Vnitřní konzistence subškál je 0.88 a 0.84. Studie ukázala statisticky významné zvýšení skóre po absolvování programu redukce stresu s pomocí nácviku všímavosti (MBSR) a také mezi jedinci s a bez meditační zkušenosti. TMS podle očekávání významně korelovala s dalšími souvisejícími konstrukty, jako uvědomování si vnitřních stavů, reflektivní sebeuvědomování nebo sebeuvědomění (Lau et al., 2006).

**Freiburský inventář všímavosti** (FMI, Freiburg Mindfulness Inventory; Walach, Buchheld, Buttenmuller, Kleinknecht & Schmidt, 2006) je 30položkový dotazník, který měří všímavost tak, jak je definována v praxi vipassana meditace. Byl navržen pro měření všímavosti okamžitě po ukončení kurzu meditace všímavosti, takže jeho uplatnění v populaci bez zkušenosti s meditací je omezené. Otázky zahrnují například „Sleduji své myšlenky, aniž bych se v nich ztratil“ nebo „Jsem otevřený zkušenosti odehrávající se v přítomném okamžiku“. Vnitřní konzistence testu je 0.93 a průměrné skóre se zvýšilo o jednu směrodatnou odchylku po ukončení kurzu. Korelace s jinými testy souvisejících konstruktů nejsou uvedeny. Ačkoliv faktorová analýza svědčí pro čtyřfaktorovou strukturu (pozornost

k přítomnému okamžiku bez identifikace, nehodnocení sebe a ostatních, otevřenost k vlastním pozitivním i negativním zkušenostem a pochopení vhladem), nebyly tyto výsledky úplně jednotné, a proto autoři navrhuji jednofaktorový model (Walach et al., 2006).

**Southamptonský dotazník všímavosti** (SMQ, Southampton Mindfulness Questionnaire; Chadwick et al., 2008) je 16položkový dotazník měřící všímavý postoj k nepříjemným myšlenkám a představám. Všechny otázky začínají „Když mám nepříjemné myšlenky nebo představy...“ a pokračují všímavou reakcí jako „...jsem schopný si jich všimnout, aniž bych na ně musel reagovat“ nebo „...jsem schopný přijmout tuto zkušenost“. Položky představují čtyři aspekty všímavosti: *všímavé pozorování*, *necháání být* (letting go), *postoj bez odporu* (nonaversion) a *nehodnocení*. Přesto však jednofaktorová struktura nejlépe odpovídá získaným údajům, a proto se výpočet pro subškály nedoporučuje. Vnitřní konzistence testu je 0.87 a autoři uvádějí statisticky významné rozdíly mezi meditujícími a nemeditujícími, významný nárůst po absolvování programu MBSR a významné korelace s hodnoceními nálady (Chadwick et al., 2008).

**Filadelfská škála všímavosti** (PHLMS, Philadelphia Mindfulness Scale; Cardaciotto, Herbert, Forman, Moitra & Farrow, 2008) je 20položkový dotazník, který byl navržen tak, aby zachytil dvě hlavní komponenty či dimenze všímavosti – *uvědomování si přítomného okamžiku a přijetí*. Faktorová analýza dvojdimenzionální model potvrdila. Dotazník je určen jak pro výzkum, tak pro využití v klinickém prostředí. Položky dotazníku jsou například „Říkám si, že bych se neměl cítit smutný“ (přijetí) nebo „Když s někým mluvím, uvědomuji si pocity, které prožívám“ (uvědomování). Test má dobrou vnitřní konzistenci pro obě subškály 0.85 a 0.87. Výsledky testu mezi klinickou a neklinickou populací byly statisticky významné v obou subškálách (diskriminační validita). Dále skóre PHLMS negativně korelovalo s potlačováním myšlenek, ruminacemi, depresí, úzkostí a beznadějí a pozitivně se subjektivním pocitem štěstí a kvalitou života (konvergentní validita; Cardaciotto et al., 2008).

**Dotazník pěti aspektů všímavosti** (FFMQ, Five Facets Mindfulness Questionnaire; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006) vznikl jako výsledek snahy o překonání rozdílů v různých způsobech operacionalizace a struktury všímavosti v dostupných dotaznících. Pomocí exploratorní faktorové analýzy pěti dotazníků všímavosti (MAAS, FMI, KIMS, CAMS a MQ) se autoři pokusili o empirickou integraci těchto vzájemně nezávislých způsobů měření všímavosti. Výsledkem je 39položkový dotazník měřící pět aspektů obecné tendence být všímavý v každodenním životě: *pozorování*, *popisování*, *uvědomělé jednání*, *nehodnocení intrapsychických prožitků* a *nereagování na tyto prožitky*. Otázky dotazníku obsahují například „Přistihuji se, jak dělám věci, aniž bych dával pozor“ (uvědomělé jednání), „Myslím si, že některé mé myšlenky jsou špatné nebo nejsou normální a neměl bych takto přemýšlet“ (nehodnocení), nebo „Uvědomuji si své pocity a city, aniž bych na ně musel reagovat“ (nereagování). Všechny pět subškál má dobrou vnitřní konzistenci v rozsahu od 0.75 do 0.91. Korelace všech subškál s dalšími proměnnými byly v souladu s teoretickými predikcemi. Například škála pozorování pozitivně korelovala s otevřeností vůči zkušenosti, škála popisování pozitivně korelovala s emocionální inteligencí a negativně s alexithymií, škála uvědomělého jednání negativně korelovala s disociací a bezmyšlenkovitostí a škála nehodnocení negativně korelovala se symptomy psychopatologie, neuroticismem či potlačováním myšlenek (Baer et al., 2006).

### 14.2 Performační testy

Výsledky dotazníkových metod jsou často ovlivňovány zkresleními založenými na očekáváních, stereotypech, nepochopení otázky apod. Navíc může být konkrétně u všímavosti



pro respondenty obtížné vyjádřit se k otázkám, zvláště pokud nemají meditační zkušenost (Baer, Walsh & Lykins, 2009). Proto je vhodné použít pro měření všímavosti jiné metody než pouze sebeposuzovací škály. Bohužel v tomto směru bylo doposud provedeno jen málo výzkumů. V tomto bodě vidíme další důležitý směr výzkumu všímavosti, tedy pečlivé experimentální plány s využitím performačních testů nepodléhajících vědomému zkreslení.

Bishop a kolegové (2004) navrhli několik experimentálních úkolů, jejichž výsledky by mohly odrážet aspekty všímavosti. Více všímaví jedinci by například měli vykazovat lepší výkony v ověřených testech vigilance a přesouvání pozornosti. Jelikož všímavost podporuje pozorování bez sekundární elaborace, měli by všímaví jedinci lépe skórovat v testech vyžadujících inhibici sémantického zpracování, jako je např. Stroopův test. Tato hypotéza byla úspěšně potvrzena výzkumem Wenk-Sormaze (2005). Testy obsahující vyhledávání předmětů v neobvyklých souvislostech by mohly vypovídat o sníženém konceptuálním zpracování bez vlivu minulé zkušenosti. Tuto hypotézu úspěšně testovali Anderson a kolegové (2007).

Podobně asociační testy by mohly hodnotit schopnost jedince reagovat na negativní emoce vyhýbáním se nebo přijetím. Jelikož všímavost zahrnuje přijetí i negativních emocí, měli by v takovém testu více všímaví jedinci skórovat lépe. Přístup k nepříjemným nebo stresujícím zkušenostem by měl také vyjadřovat míru všímavosti, která se vyznačuje přijetím a otevřeností vůči takovým podnětům. Některé výzkumy například ukázaly, že jedinci, kteří byli instruováni k tomu, aby zaujali všímavý postoj, projevovali větší ochotu absolvovat znovu úkoly, obsahující bolestivé podněty, vyvolávající špatnou náladu anebo příznaky paniky. Tito jedinci také vykazovali rychlejší vrácení se do normálu po těchto úkolech než subjekty bez instrukce všímavosti (Broderick, 2005; Levitt, Brown, Orsillo & Barlow, 2004).

Jedním z hlavních aspektů všímavosti je decentrace, která je definována jako schopnost pozorovat vlastní myšlenky a pocity jako přechodné jevy, než jako nutně pravdivé popisy sebe či prostředí. Zahrnuje zaujmutí nehodnotícího postoje vůči myšlenkám a pocitům a jejich přijetí takové, jaké jsou (Fresco, Segal, Buis & Kennedy, 2007). Pro měření decentrace vyvinuli autoři Motore, Hayhurst a Teasdale (1996) nástroj založený na analýze verbálního projevu, který nazvali MACAM (Measure of Awareness and Coping in Autobiographical Memory, Měření uvědomění a zvládání na základě autobiografické paměti). MACAM je semistrukturovaný klinický rozhovor, při němž jsou účastníci žádáni, aby si představili sebe samé v několika modelových situacích, jež jsou mírně depresivní, a aby si uvědomili pocity, které v nich tyto situace vyvolávají. Poté jsou požádáni, aby si vybavili situace ze svého života, které u nich vyvolaly podobné pocity, a aby tyto situace detailně popsali včetně pocitů a svých reakcí na ně. Rozhovory jsou nahrávány a posléze analyzované zkušeným hodnotitelem. Hodnotí se úroveň decentrace od jedné do pěti podle slov a slovních obrátů použitých respondentem. Nejnižší úroveň odpovídá minimální schopnosti rozlišovat negativní pocity a myšlenky, která se vyznačuje používáním obecných popisů pocitů, poznámky o topení se v pocitech apod. Nejsou také přítomny žádné znaky odstupu od myšlenek a pocitů. Prostřední stupeň odpovídá jisté schopnosti rozlišování mezi sebou, svými pocity a situací. Jsou například schopni zpochybnit adekvátnost svých pocitů situací, dokážou se na situaci podívat z jiného úhlu apod. Nejvyšší stupeň odpovídá stálému odstupu od pocitů a myšlenek, vyjádřeným výrazy poodstoupení od nich („podívat se na to, co se děje“, „vykročit z pocitů“, „zachytit své pocity“). Účastníci jsou schopni spojit své myšlenky a pocity s osobními vlastnostmi anebo k nim mohou záměrně zaujmout určitý postoj (Teasdale et al., 2002). Ve výzkumu Teasdale a kolegů (2002) se ukázalo, že skóre MACAM je vyšší u lidí, kteří nikdy netrpěli depresí. Dále bylo zjištěno, že depresivní pacienti, kteří prošli programem MBCT, vykazovali vyšší nárůst skóre MACAM, a také že nižší skóre predikuje dřívější výskyt relapsu po léčbě (Teasdale et al., 2002).

## II. Empirická část

## 15 Úvod

V této diplomové práci jsme se rozhodli zaměřit se na využití technik rozvíjejících všímavost v klinickém prostředí. Základním cílem empirické části práce je testování hypotézy o účinnosti technik, které kultivují schopnost všímavosti v terapii duševních poruch. Předtím, než se můžeme zaměřit na testování této hypotézy, je však třeba provést řadu dílčích studií, bez nichž se při odpovědi na naši hlavní otázku neobejdeme. V praktické části diplomové práce jsme proto navrhli a realizovali sadu studií, které na sebe navazují a jejichž cílem je ustanovit solidní empirický podklad pro navazující studie. Ve stručnosti jsme se nedřívě zaměřili na ověření vlastností našeho měřicího nástroje použitého v dalších studiích a dále jsme zkoumali, zda existuje vztah mezi všímavostí a duševní pohodou a také, zda jsou metody, které všímavost rozvíjejí, účinné. V dalších studiích jsme se zajímali o to, zda ve schopnosti všímavosti existuje rozdíl mezi běžnou a klinickou populací.

Abychom mohli odpovědět na otázku, zda je jakákoliv nová metoda účinná, musíme mít nejdříve validní měřicí nástroj. První studie je proto zaměřena na standardizaci v zahraniční odborné literatuře již dobře zavedeného a empiricky ověřeného Dotazníku pěti aspektů všímavosti (dále DPAV; FFMQ, Five Facets Mindfulness Questionnaire; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006) na českou populaci. Tento dotazník jsme z dostupných dotazníků všímavosti vybrali proto, že má dobré psychometrické vlastnosti, byly provedeny důkladné validizační studie (např. Baer et al., 2008) a jeho pětifaktorová struktura umožňuje hlubší vhled do souvislostí mezi všímavostí a dalšími psychologickými proměnnými. Cílem první studie je vytvoření norem pro českou populaci. Součástí této studie je také ověření pětifaktorového modelu dotazníku s pomocí konfirmační faktorové analýzy, aby další závěry týkající se jednotlivých faktorů byly statisticky adekvátní.

Druhá studie byla zaměřena na statistickou analýzu vztahů mezi dotazníkem všímavosti a některými demografickými charakteristikami jako věk, pohlaví, vzdělání či profese. Závěry této studie nám umožňují správně statisticky analyzovat a interpretovat výsledky v dalších studiích, například vyloučit vliv třetí proměnné v následujících korelačních studiích. Tato studie nám také poskytla hlubší vhled do konstruktů všímavosti a souvislosti s důležitými životními vlivy.

Abychom mohli říci, že konstrukt všímavosti má vůbec své místo v psychologické péči, měli bychom vědět, zda vůbec existuje nějaký vztah mezi ním a podstatnými aspekty psychologického zdraví. Jinými slovy, zda rozvíjení všímavosti zvyšuje psychickou pohodu. Pokud by tomu tak bylo, mělo by zařazení kultivace všímavosti do psychologické péče své opodstatnění. Za tímto účelem jsme provedli korelační studii dotazníku všímavosti DPAV a testu životní spokojenosti (SWLS, Satisfaction With Life Scale; Pavot & Diener, 1993).

Jak se shoduje většina autorů (Germer, Siegel & Fulton, 2005; Brown, Ryan & Creswell, 2007; Baer, 2006 a další), je nízká schopnost všímavosti jedním z činitelů, které jsou společné různorodým formám psychopatologie. Ve čtvrté studii nás proto zajímalo, zda se klinická populace skutečně liší ve schopnosti všímavosti od běžné, neklinické populace. Případný rozdíl ve všímavosti v neprospěch klinické populace by ukazoval na vztah mezi všímavostí a duševními poruchami. To by opodstatňovalo využití technik pro zvýšení všímavosti v této populaci.

## 16 Ověření psychometrických vlastností a standardizace Dotazníku pěti aspektů všímavosti u souboru české populace

### 16.1 Úvod

Při výzkumu tak komplexního konstruktů, jakým je všímavost, je zapotřebí vhodného měřicího nástroje. Ačkoliv existuje řada výzkumů potvrzujících účinnost psychologických intervencí založených na rozvíjení všímavosti (Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; Coelho, Canter & Ernst, 2007; Bishop, 2002), studií zaměřených na zkoumání mechanismů účinku je podstatně méně. Jinými slovy: víme, že rozvíjení všímavosti je efektivní metoda, ale nevíme přesně proč.

Je proto zapotřebí dalších výzkumů zaměřených na odhalení souvislosti mezi všímavostí a dalšími proměnnými a na zjištění procesů, jimiž všímavost ovlivňuje psychické zdraví. Nezbytným krokem v tomto směru je vytvoření dobře empiricky podloženého a validního měřicího nástroje, schopného zachytit intra- i interindividuální rozdíly v úrovni všímavosti. Jelikož se většina autorů shodne na tom, že všímavost je konstrukt složený z více faktorů, měl by mít takový nástroj také dobré rozlišovací schopnosti jednotlivých aspektů tohoto konstruktů.

Cílem této kapitoly empirické části je proto výběr vhodného nástroje z dostupných dotazníků všímavosti, ověření jeho psychometrických vlastností a jeho standardizace na českou populaci.

### 16.2 Výběr dotazníku všímavosti

V posledních letech bylo vyvinuto několik dotazníkových metod měřících všímavost. Všechny jsou solidně teoreticky i empiricky podloženy a mají dobré psychometrické vlastnosti. Nicméně rozdíly v jejich obsahu a struktuře svědčí o nedostatku shody ohledně konceptualizace všímavosti a jejích hlavních komponent. Někteří autoři upřednostňují jednofaktorový model všímavosti, jiní vícefaktorový. Brown a Ryan (2003) při vytváření Škály všímavé pozornosti a uvědomování (MAAS) například vycházeli z jednofaktorového modelu a jedinou měřenou hodnotou je v něm dispozice uvědomovat si přítomný okamžik v průběhu každodenního života. Jiní autoři vytvořili dotazníky založené na dvousložkovém pojetí všímavosti se složkou *uvědomování si* a s *postojovou* složkou (Bishop et al., 2004). Jsou to především Filadelfská škála všímavosti (PHLMS; Cardaciotto et al., 2008) a Torontská škála všímavosti (TMS; Lau et al., 2006). Na rozdíl od těchto dotazníků je Kentucký inventář všímavých dovedností (KIMS; Baer, Smith & Allen, 2004) založen na vícefaktorovém modelu všímavosti, který zachycuje čtyři aspekty všímavosti: *pozorování*, *popisování*, *uvědomělé jednání* a *přijetí bez hodnocení*.

Rozdíly v konstrukci a struktuře jednotlivých dotazníků se snažila překonat Baerová s kolegy (2006) sloučením pěti dostupných dotazníků do jednoho měřicího nástroje. Pomocí statistických metod spojila položky z různých měřících nástrojů a umožnila tak empirickou integraci nezávislých snah o operacionalizaci všímavosti do jednoho komplexního nástroje. Autoři provedli exploratorní faktorovou analýzu dat rozsáhlého souboru studentů, kteří vyplnili pět odlišných dotazníků všímavosti. Výsledkem této analýzy je Dotazník pěti aspektů všímavosti (FFMQ, Five Facets Mindfulness Questionnaire), který jsme pro svou práci zvolili

také my. Výsledky konfirmatorní faktorové analýzy podporují pro pětifaktorový model všímavosti s těmito faktory: *pozorování, popisování, uvědomělé jednání, nehodnocení intrapsychických prožitků a nereagování na tyto prožitky* (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006).

Dotazník pěti aspektů všímavosti (DPAV) jsme zvolili jako měřicí nástroj pro další výzkum z několika důvodů. Za prvé je všímavost komplexní konstrukt s mnoha aspekty. Ačkoliv nepanuje jednoznačná shoda ohledně počtu a charakteristik těchto aspektů, přehled literatury ukazuje, že drtivá většina autorů popisuje všímavost vícerozměrně. Měření takového komplexního konstruktů na úrovni jednotlivých aspektů či faktorů je nezbytné pro pochopení vztahu s dalšími relevantními proměnnými. Jednofaktorové měření může zamlžit pochopení těchto vztahů v případě, že rozličné stránky všímavosti mají protichůdný vztah s dalšími psychologickými proměnnými. Hodnocení všímavosti pomocí více faktorů nám tak dává možnost hlubšího pochopení tohoto konstruktů, například toho, jaké jsou účinné a podstatné vlastnosti všímavosti.

Za druhé je dotazník DPAV vytvořen na základě pěti ověřených dotazníků s dobrými psychometrickými vlastnostmi a ověřenou validitou. Každý z těchto dotazníků se zaměřuje na poněkud odlišné chápání všímavosti. Spojení těchto dotazníků v jeden tak poskytuje integrativní a ucelený nástroj, zahrnující odlišné pohledy a přístupy.

Třetím důvodem byly dobré psychometrické vlastnosti tohoto testu a důkladné validizační studie (Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006; Baer et al., 2008; Carmody & Baer, 2008).

### 16.3 Dotazník pěti aspektů všímavosti

#### 16.3.1 Vývoj

Nejednotnost ohledně toho, jaké jsou hlavní komponenty všímavosti a rozdíly ve faktorové struktuře jednotlivých dotazníků, vedly autory Baerovou, Smithe, Hopkinsovou, Krietemeyerovou a Toneyovou (2006) k prozkoumání struktury všímavosti s použitím dostupných dotazníků. Autoři zkoumali pět dostupných dotazníků všímavosti, a to: Škálu všímavé pozornosti a uvědomování (MAAS, Mindful Attention Awareness Scale; Brown & Ryan, 2003), Freiburský inventář všímavosti (FMI, Freiburg Mindfulness Inventory; Walach, Buchheld, Buttenmuller, Kleinknecht & Schmidt, 2006), Kentucký inventář všímavých dovedností (KIMS, Kentucky Inventory of Mindfulness Skills; Baer, Smith & Allen, 2004), Škálu kognitivní a afektivní všímavosti (CAMS, Cognitive and Affective Mindfulness Scale; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson & Laurenceau, 2007) a Dotazník všímavosti (MQ, Mindfulness Questionnaire; Chadwick, Hember, Mead, Lilley & Dagnan, 2005).

V první fázi autoři zkoumali psychometrické vlastnosti jednotlivých dotazníků a korelace výsledků s řadou proměnných (dotazníky osobnosti, emocionální inteligence, psychopatologie a další). Korelace dotazníků všímavosti s dalšími konstrukty byly statisticky významné a takové, jak bylo teoreticky předpokládáno, což ukazuje na dobrou konstruktovou validitu těchto dotazníků. Korelační analýza dostupných dotazníků s celou řadou relevantních proměnných nasvědčuje také tomu, že jednotlivé dotazníky se zaměřují nebo zdůrazňují jiný aspekt všímavosti. Například MAAS zdůrazňuje prvky všímavosti spojené s disociací a bezmyšlenkovitostí, zatímco MQ se zaměřuje na potlačování myšlenek a zážitkové vyhýbání (Baer et al., 2006).

V další fázi autoři sloučili výsledky všech dotazníků z první části studie do jedné sady dat, která obsahovala odpovědi na 112 položek. Tato data byla analyzována pomocí exploratorní



faktorové analýzy, jíž bylo identifikováno pět vzájemně nekorelujících faktorů. Po vyřazení položek, které sytily jeden faktor méně než 0.4, a těch, které sytily více než jeden faktor, bylo vybráno 39 položek (8 položek s nejvyšší faktorovou zátěží pro každý faktor). Následující konfirmatorní faktorová analýza těchto položek pětifaktorovou strukturu potvrdila. Studie také potvrdila inkrementální validitu tří aspektů při predikci nepříjemných psychologických symptomů. Jinými slovy má měření všímavosti pomocí těchto faktorů inkrementální hodnotu oproti jednofaktorovému měření (Baer et al., 2006).

### 16.3.2 Popis jednotlivých škál

DPAV je 39položkový dotazník měřící pět aspektů všímavosti. Výsledkem je jak celkové skóre, tak skóre v pěti subškálách, kterými jsou *pozorování*, *popisování*, *uvědomělé jednání*, *nehodnocení intrapsychických prožitků* a *nereagování na tyto prožitky*.

**Škála pozorování** se týká bdělé pozornosti k tomu, co se právě odehrává. Jedná se o věnování pozornosti vnějším podnětům (zvukům, barvám, vůním apod.) i vnitřním prožitkům (myšlenkám, emocím, představám, tělesným pocitům). Vyšší skóre ukazuje na vnímavost či otevřenost vůči světu a ochotu věnovat pozornost svým pocitům. Tato subškála je hodnocena odpověďmi například na položky „Všímám si pachů a vůní věcí“ nebo „Když jdu, vědomě si všímám tělesných pocitů vznikajících při pohybu“.

U **škály popisování** jde o schopnost vložit své pocity, myšlenky či představy do slov. Lidé, kteří mají více bodů v této škále, se dokážou lépe ve svých pocitech zorientovat, mají na ně lepší náhled. Lidé s nižším skóre mají problémy s určením a popisováním svých pocitů anebo neprojevují zájem o vnitřní prožívání. Tuto subškálu tvoří položky „Snadno nalézám slova k vyličení svých pocitů“ či „Je pro mne obtížné nalézt slova a popsat, co si myslím“.

**Škála vědomého jednání** hodnotí schopnost být plně pozorný k činnosti, kterou právě jedinec dělá. Je opakem automatického chování, při kterém je člověk „duchem nepřítomný“ a v hlavě se zaobírá starostmi, plány, vzpomínkami apod. (vede tzv. vnitřní monolog). Lidé s nízkým skóre jsou často angažováni v automatickém až neurotickém jednání a bezmyšlenkovitě se chovají tak, aby snížili svou úzkost. Tato škála obsahuje odpovědi na tvrzení „Když dělám různé věci, duchem se toulám mimo a jsem snadno nepozorný“ či „Zdá se, že většinu věcí dělám automaticky, aniž bych si nějak zvlášť uvědomoval to, co dělám“.

**Škála nehodnocení intrapsychických prožitků** měří zaujetí nehodnotícího postoje k vlastním myšlenkám a pocitům. Vyšší skóre ukazuje na schopnost aktivního přijetí intrapsychických prožitků. Lidé s vyšším skóre ve škále nehodnocení dokážou své prožitky přijímat, aniž by je nějakým způsobem posuzovali jako dobré-špatné, vhodné-nevhodné, příjemné-nepříjemné. Tato škála také negativně koreluje se zvýšenou snahou vyhnout se nebo potlačit své emoce či myšlenky. Skóre v této škále tvoří odpovědi na tvrzení „Kritizuji se za to, že mám nesmyslné nebo nevhodné emoce“ nebo „Myslím si, že některé mé myšlenky jsou špatné nebo nejsou normální a neměl bych takto přemýšlet“.

**Škála nereagování na vynořující se prožitky** odkazuje na schopnost nenechat se unést či se zaplést do myšlenek a emocí. Lidé s vyšším skóre v této škále dokážou své vnitřní prožitky (emoce, myšlenky, představy) vnímat s větším odstupem a nenechají se vtáhnout do automatických a zaběhlých způsobů reagování na ně. Dokážou i nepříjemné pocity či představy nechat přicházet a zase odcházet, aniž by na ně museli nutně reagovat. Tato škála se skládá z položek jako „Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, obvykle je prostě jen zaznamenám a nechám je být“ nebo „Uvědomuji si své pocity a city, aniž bych na ně musel reagovat“.

### 16.3.3 Psychometrické vlastnosti a validizační studie

Reliabilita testu byla autory provedena výpočtem vnitřní konzistence testu (Cronbachovo  $\alpha$ ), která se u jednotlivých škál pohybuje v rozsahu od 0.75 do 0.91, což odpovídá mírné až velmi dobré konzistenci (Baer et al., 2006).

Konstruktová validita dotazníku byla podložena vztahem jednotlivých škál s dalšími psychologickými konstrukty. Korelace všech subškál s dalšími proměnnými byly v souladu s teoretickými predikcemi. Například škála pozorování pozitivně korelovala s otevřeností vůči zkušenosti, škála popisování pozitivně korelovala s emocionální inteligencí a negativně s alexithymií, škála uvědomělého jednání negativně korelovala s disociací a bezmyšlenkovitostí a škála nehodnocení negativně korelovala se symptomy psychopatologie, neuroticismem či potlačováním myšlenek (Baer et al., 2006).

Konstruktová validita byla dále testovaná ve studii Baerové a kolegů (2008), kteří sledovali rozdíly ve všímavosti mezi souborem jedinců praktikujících meditaci všímavosti a nemeditující kontrolní skupinou. Čtyři z pěti faktorů statisticky významně korelovaly s meditační zkušeností a meditující také skórovali významně více než nemeditující. Změny jednotlivých aspektů v průběhu intervence založené na rozvíjení všímavosti zkoumali Carmody a Baerová (2008). Pomocí dotazníku DPAV měřili rozdíly před a po programu MBSR a zjistili nárůst ve všech subškálách dotazníku, který koreloval se změnami ve výsledcích celé řady dotazníků měřících nepříjemné psychologické symptomy a psychopatologii.

## 16.4 Výzkumná studie

### 16.4.1 Metody

#### 16.4.1.1 Překlad dotazníku a pilotní studie

Pro naši standardizační studii jsme se rozhodli použít překlad převzatý od Bendy (2007b). Pro ověření překladu jsme nechali dotazník přeložit dalším překladatelem, ale jelikož druhý překlad se od prvního lišil jen v nepodstatných bodech, ponechali jsme původní překlad beze změny.

Dotazník jsme dále nechali vyplnit malému souboru respondentů ( $n=7$ ). V individuálních rozhovorech jsme se ptali na srozumitelnost jednotlivých položek a na případné nejasnosti. Komentáře respondentů poukazovaly pouze na nepodstatné stylistické rysy, případně na věci, jejichž změna nebyla cílem této části výzkumu (například délka dotazníku), tudíž se překlad nijak neměnil.

#### 16.4.1.2 Výběr a charakteristiky souboru

Pro sběr dat jsme vytvořili on-line verzi dotazníku na adrese <http://dpav.unas.cz>. Spolu s dotazníkem DPAV byli respondenti žádáni o vyplnění několika demografických údajů určených pro další výzkum a také o vyplnění krátkého dotazníku životní spokojenosti.

Odkaz na tuto stránku s žádostí o vyplnění jsme rozeslali e-mailem, umístili jsme jej na několik komunitních diskusních fór a dále jsme osobně oslovovali respondenty (namátkový výběr).

Způsob výběru souboru byl z pragmatických důvodů nenáhodný. Přesto jsme se snažili o co největší rozmanitost, a tak i reprezentativnost souboru. Záměrně jsme se snažili adresovat naši žádost tak, aby byly zastoupeny různé věkové kategorie (kvótní výběr) a lidé z různých oblastí života (typologický výběr). E-mailové adresy byly například využity z několika

## 16 Ověření psychometrických vlastností a standardizace DPAV u souboru české populace

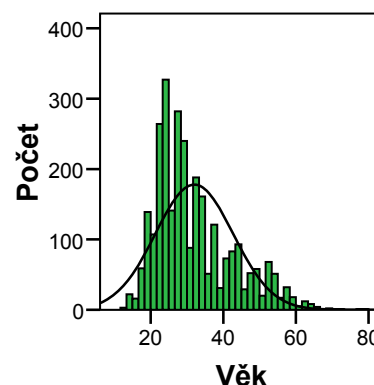
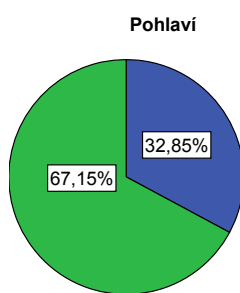
odlišných zdrojů tak, aby pokryly co nejrozmanitější spektrum populace. Součástí žádosti byla i prosba o přeposlání dalším respondentům (metoda sněhové koule).

Žádost o vyplnění dotazníku obsahovala stručný popis dotazníku a účelu, ke kterému jsou data sbírána. Jelikož součástí internetových stránek byla také aplikace automaticky aktualizující normy s každým novým záznamem, byl respondentům jako motivace k vyplnění nabídnut jejich výsledek ve srovnání se zbytkem populace (viz přílohy).

Dotazník vyplnilo celkem 2871 respondentů. Deskriptivní charakteristiky souboru jsou uvedeny v tabulkách 1 a 2.

Tabulky 1 a 2: Charakteristiky souboru a deskriptivní statistika některých proměnných

Charakteristika	%	n	Proměnná	M	SD	min	max
Celkem		2871	Věk (v letech)	32	10.7	12	80
Pohlaví			Vzdělání (v letech)	16	2.9	6	32
Muži	32.8	943	Poznámka: M = průměr, SD = směrodatná odchylka				
Ženy	67.2	1928					
Vzdělání							
Základní	3.3	94					
Středoškolské	48.8	1378					
Vysokoškolské	47.9	1353					
Věk							
0 – 18 let	3.5	100					
19 – 26 let	34.1	978					
27 – 35 let	33.4	959					
36 – 49 let	19.6	563					
50 – 59 let	7.8	225					
60 a více let	1.5	44					



### 16.4.2 Psychometrické vlastnosti dotazníku

#### 16.4.2.1 Položková analýza

Analýza jednotlivých položek (viz tabulka 2) neidentifikovala žádné položky se špatnými psychometrickými vlastnostmi. Všechny statisticky významně korelují jak s celkovým skóre, tak se skóre v jednotlivých subškálách, a to všechny kromě dvou buď středně ( $r = .3 - .5$ ) anebo silně ( $r > .5$ ). Podobně obtížnost všech položek nevykazuje výrazné odchylky, všechny jsou průměrně obtížné s mírným zešikmením zleva (směrem k vyšším hodnotám) v rozsahu od 2.8 do 3.97 na pětibodové škále ( $M = 3.46$ ,  $SD = .25$ ). To nasvědčuje dobré diskriminační síle všech položek.

## 16 Ověření psychometrických vlastností a standardizace DPAV u souboru české populace

Tabulka 3: Položková analýza

Položka	Korelace s celkovým skóre	Obtížnost	SD	Korelace s faktorem				
				F1	F2	F3	F4	F5
F1: Nereagování na vnitřní prožitky								
4. Uvědomuji si své pocity a city, aniž bych na ně musel reagovat.	.38**	3.52	.88	.54**	.26**	.16**	.22**	.10**
9. Pozoruji své pocity, aniž bych se jimi nechával unést.	.42**	2.91	.92	.60**	.32**	.17**	.20**	.14**
19. Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, "poodstoupím" od nich a jsem si těchto myšlenek nebo představ vědom, aniž bych jimi byl přemožen.	.48**	3	1.07	.73**	.29**	.22**	.22**	.19**
21. V obtížných situacích se dovedu zastavit, než začnu reagovat.	.46**	3.3	.95	.59**	.24**	.29**	.24**	.19**
24. Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, obvykle se brzy zase uklidním.	.50**	3.58	.99	.67**	.11**	.30**	.20**	.37**
29. Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, obvykle jsem schopen je jen zaznamenat, aniž bych reagoval.	.32**	2.94	.97	.67**	.13**	.07**	.11**	.13**
33. Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, obvykle je prostě jen zaznamenám a nechám je být.	.39**	2.9	1.04	.71**	.06**	.17**	.11**	.29**
F2: Pozorování								
1. Když jdu, vědomě si všímám tělesných pocitů vznikajících při pohybu.	.30**	2.78	1.05	.21**	.63**	.06	.14**	-.04
6. Když se sprchuji nebo se koupu, uvědomuji si počítiky vznikající při kontaktu vody s mým tělem.	.35**	3.57	1.22	.20**	.66**	.10**	.17**	.01
11. Uvědomuji si, jak jídlo a pití ovlivňují mé myšlenky, tělesné pocity a emoce.	.31**	3.36	1.15	.18**	.61**	.04	.19**	-.02
15. Věnuji pozornost vjemům, jako je vítr ve vlasech nebo dotek slunečních paprsků na mé tváři.	.40**	3.63	1.03	.23**	.76**	.09**	.19**	.03
20. Věnuji pozornost zvukům, jako je tikot hodinek, švitoření ptactva nebo hluk projíždějících aut.	.27**	3.47	.99	.15**	.64**	.02	.12**	-.04
26. Všímám si pachů a vůní věcí.	.36**	3.93	.93	.18**	.65**	.11**	.22**	0
31. Všímám si vizuálních prvků v umění nebo v přírodě, jako například barev, tvarů, struktur nebo vzorů světla a stínu.	.42**	3.97	.92	.24**	.68**	.14**	.25**	.05*
36. Věnuji pozornost tomu, jak emoce působí na mé myšlenky a chování.	.30**	3.39	1.03	.22**	.61**	.05	.24**	-.11**
F3: Uvědomělé jednání								
5. Když dělám různé věci, duchem se toulám mimo a jsem snadno nepozorný.	.49**	3.04	.97	.21**	.04	.75**	.25**	.30**
8. Nevěnuji pozornost tomu, co dělám, protože se oddávám dennímu snění, dělám si starosti nebo jsem duchem nepřítomný.	.47**	3.61	1.01	.25**	-.02	.74**	.21**	.33**
13. Snadno se přestanu soustředit a jsem roztržitý.	.52**	3.32	.93	.27**	.03	.75**	.28**	.33**
18. Zdá se mi obtížné zůstat soustředěný na to, co se děje v přítomnosti.	.47**	3.65	.94	.24**	-.04*	.72**	.22**	.35**
23. Zdá se, že většinu věcí dělám automaticky, aniž bych si nějak zvlášť uvědomoval to, co dělám.	.45**	3	.92	.18**	.26**	.54**	.25**	.20**
28. Ženu se z jedné aktivity do druhé bez toho, abych k těmto aktivitám byl opravdu pozorný.	.42**	3.59	.96	.19**	.08**	.64**	.15**	.28**
34. Vykonávám svou práci nebo povinnosti automaticky, aniž bych si uvědomoval, co vlastně dělám.	.47**	3.49	.95	.17**	.21**	.68**	.21**	.23**
38. Přistihuji se, jak dělám věci, aniž bych dával pozor.	.51**	3.24	.87	.21**	.11**	.78**	.24**	.29**

## 16 Ověření psychometrických vlastností a standardizace DPAV u souboru české populace

Položka	Korelace s celkovým skórem	Obtížnost	SD	Korelace s faktorem				
				F1	F2	F3	F4	F5
F4: Popisování								
2. Snadno nalézám slova k vyličení svých pocitů.	.53**	3.64	.98	.22**	.25**	.21**	.80**	.12**
7. Snadno dokážu svá přesvědčení, názory a očekávání vyjádřit slovy.	.55**	3.81	.96	.24**	.22**	.24**	.81**	.16**
12. Je pro mne obtížné nalézt slova a popsat, co si myslím.	.59**	3.76	.96	.22**	.13**	.33**	.83**	.27**
16. Mám potíže nalézat správná slova k vyjádření toho, co prožívám.	.59**	3.7	.96	.24**	.15**	.33**	.85**	.25**
22. Když mám nějaký pocit v těle, není pro mne snadné ho popsat, protože nemohu najít vhodná slova.	.57**	3.63	.94	.24**	.16**	.34**	.75**	.26**
27. Dokonce i když se cítím velmi rozrušený, dokážu najít způsob, jak to vyjádřit slovy.	.61**	3.52	1	.33**	.30**	.27**	.81**	.18**
32. Mám přirozenou tendenci vyjadřovat své zážitky slovy.	.41**	3.61	1.06	.11**	.27**	.12**	.71**	.04
37. Obvykle mohu velmi detailně vyličit, jak se právě cítím.	.57**	3.53	1.06	.25**	.34**	.23**	.82**	.12**
F5: Nehodnocení vnitřních prožitků								
3. Kritizuji se za to, že mám nesmyslné nebo nevhodné emoce.	.47**	3.35	1.08	.29**	-.02	.28**	.17**	.71**
10. Říkám si, že bych se neměl cítit tak, jak se cítím.	.50**	3.49	1.07	.28**	0	.36**	.18**	.72**
14. Myslím si, že některé mé myšlenky jsou špatné nebo nejsou normální a neměl bych takto přemýšlet.	.56**	3.81	1.03	.27**	.04	.38**	.23**	.77**
17. Posuzuji, zda mé myšlenky jsou dobré, nebo špatné.	.29**	3.09	1.15	.08**	-.16**	.17**	.05**	.69**
25. Říkám si, že bych neměl přemýšlet tak, jak přemýšlím.	.58**	3.68	1.02	.30**	.03	.39**	.22**	.81**
30. Myslím si, že některé mé city jsou špatné nebo nevhodné a neměl bych je cítit.	.56**	3.86	1.01	.27**	.05*	.38**	.21**	.80**
35. Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, obvykle hodnotím sám sebe, že jsem dobrý nebo špatný, podle toho o jakou myšlenku nebo představu jde.	.40**	3.35	1.16	.18**	-.03	.25**	.12**	.69**
39. Když mám nerozumné myšlenky, odsuzuji se za to.	.47**	3.76	1.12	.23**	-.02	.29**	.14**	.79**
Poznámka: *p < .01      **p < .001      r < .3      r = .3 - .5      r > .5								



## 16 Ověření psychometrických vlastností a standardizace DPAV u souboru české populace

### 16.4.2.2 Reliabilita

Reliabilita dotazníku byla získána metodou split-half, tedy korelací mezi dvěma polovinami testů a úpravou Spearman-Brownovým vzorcem. Dále jsme vypočítali vnitřní konzistenci testu (Cronbachovo  $\alpha$ ), která vypovídá o jednotnosti všech položek, neboli že všechny položky měří stejný jev. V tabulce 4 uvádíme reliabilitu a vnitřní konzistenci, jak celého testu, tak jednotlivých subškál.

Výsledky ukazují velmi dobrou reliabilitu i konzistenci celého testu a střední až dobré hodnoty pro jednotlivé subškály.

Tabulka 4: Reliabilita a vnitřní konzistence testu

Reliabilita	Celkové skóre	F1 (nereagování)	F2 (pozorování)	F3 (uvědomělé jednání)	F4 (popisování)	F5 (nehodnocení)
Split-half	.91	.70	.81	.73	.90	.89
Vnitřní konzistence	.90	.77	.81	.85	.92	.89

### 16.4.3 Standardizace

#### 16.4.3.1 Deskriptivní statistika

Tabulka 5: Deskriptivní statistika pro celkové skóre a skóre jednotlivých subškál

Škála	M	SD	Medián	Min	Max	S <sub>1</sub>	S <sub>2</sub>
HS celkové	134.76	17.69	134	80	195	.08 <sup>a</sup>	-.13 <sup>b</sup>
HS nereagování (F1)	22.16	4.43	22	8	35	.12 <sup>a</sup>	-.05 <sup>b</sup>
HS pozorování (F2)	28.09	5.44	29	9	40	-.41 <sup>a</sup>	.01 <sup>b</sup>
HS vědomé jednání (F3)	26.93	5.29	27	8	40	-.16 <sup>a</sup>	-.22 <sup>b</sup>
HS popisování (F4)	29.20	6.29	30	8	40	-.39 <sup>a</sup>	-.33 <sup>b</sup>
HS nehodnocení (F5)	28.39	6.44	28	8	40	-.20 <sup>a</sup>	-.65 <sup>b</sup>

Poznámka: M = průměr SD = směrodatná odchylka S<sub>1</sub> = koef. zešíkmení S<sub>2</sub> = koef. špičatosti

a) stand. chyba = .046 b) stand. chyba = .091

## 16 Ověření psychometrických vlastností a standardizace DPAV u souboru české populace

Tabulka 6: Průměr a směrodatná odchylka rozdělené podle pohlaví

Škála	Muži (n=943)		Ženy (n=1928)	
	M	SD	M	SD
HS celkové	134.88	17.60	134.71	17.74
HS nereagování (F1)	23.05	4.34	21.72	4.40
HS pozorování (F2)	27.17	5.83	28.53	5.19
HS vědomé jednání (F3)	26.98	5.48	26.91	5.20
HS popisování (F4)	28.84	6.40	29.37	6.23
HS nehodnocení (F5)	28.84	6.31	28.17	6.49

### 16.4.3.2 Normy

Originální verzi dotazníku DPAV jsme měli k dispozici bez vypočtených norem. Vytvořili jsme proto normy pro českou populaci bez srovnání s normami původního souboru. Pro jednodušší práci s výsledky dotazníku jsme se rozhodli převádět je na standardizovanou STEN škálu.

Normy jsme se rozhodli ponechat jednotné pro všechny věkové kategorie, jelikož mezi věkem a jednotlivými škálami jsou sice statisticky významné, ale pouze nízké korelace ( $r = .07 - .2$ ). Podobně je tomu se vztahem škál DPAV a vzdělání ( $r = .04 - .14$ ), tudíž jsme normy nedělali ani pro různé kategorie podle vzdělání.

Nicméně jsme byli nuceni vypočítat normy odděleně pro muže a ženy. Ačkoliv není mezi pohlavími statistický rozdíl v celkovém skóre ( $Z = -.028$ ,  $p = .977$ ), ve čtyřech z pěti subškál je rozdíl statisticky významný ( $p < .05$ ). Ponechali jsme proto jednotné normy pro celkové skóre a oddělené normy podle pohlaví pro všech pět subškál.

Podle teoretického předpokladu o normálním rozložení náhodných jevů, který je při měření psychologických jevů opodstatněný, by měla být distribuce výsledků dotazníku normální. Případná asymetrie je daná spíše charakteristikami výběrového souboru než samotnou měřenou vlastností. Pohled na míru šikmosti v tabulce 3 odhaluje výraznější zešikmení zleva (záporné zešikmení) u čtyř subškál. Podle manuálu [SPSS \(2003\)](#) zešikmení dvakrát větší než jeho směrodatná chyba svědčí o asymetrii rozložení. To se týká všech subškál. Abychom dále ověřili normalitu rozložení, testovali jsme ji pomocí Kolmogorovova-Smirnovova testu normality. Ten prokázal normální rozložení pouze u celkového skóre, ale jen na hranici významnosti, a u subškál nebyla tímto testem normalita potvrzena. Jelikož nebylo potvrzeno symetrické normální rozložení, použili jsme při výpočtu norem McCallovu plošnou standardizaci s korekcí na spojitost.

Standardizovaná skóre jsme převedli na STEN škálu ( $N(5.5; 2)$ ), která je vyhovující pro svou jednoduchost a snadnou interpretaci. STEN škála se často používá v osobnostních dotaznících, jelikož podporuje vnímání výsledků spíše jako zařazení do skupin (1-10) než jako výkon v bodech. Skupiny jsou dostatečně úzké na to, aby zachytily interindividuální rozdíly, ale zároveň dost široké, aby nespádaly k přehnané interpretaci jemných rozdílů.

### 16.4.3.2.1 Převod hrubých skóre na STEN škálu pro celkové skóre (celá populace)

Tabulka 7: Relativní četnost STEN skóre v populaci

Celkové skóre		Relativní		
HS	STEN	STEN	četnost (%)	Interpretace
39 - 100	1	1	2,5	Podprůměr (16% populace)
101 - 108	2	2	4,5	
109 - 117	3	3	9	
118 - 125	4	4	15	Průměr (68% populace)
126 - 134	5	5	19	
135 - 143	6	6	19	
144 - 153	7	7	15	
154 - 162	8	8	9	Nadprůměr (16% populace)
163 - 171	9	9	4,5	
172 - 195	10	10	2,5	

### 16.4.3.2.2 Převod hrubých skóre jednotlivých subškál na STEN škálu (podle pohlaví)

#### Muži

Nereagování		Pozorování		Uvědomělé jednání		Popisování		Nehodnocení	
HS	STEN	HS	STEN	HS	STEN	HS	STEN	HS	STEN
7 - 14	1	8 - 14	1	8 - 16	1	8 - 15	1	8 - 15	1
15 - 16	2	15 - 17	2	17 - 18	2	16 - 17	2	16 - 19	2
17 - 18	3	18 - 21	3	19 - 21	3	18 - 22	3	20 - 22	3
19 - 20	4	22 - 24	4	22 - 24	4	23 - 25	4	23 - 25	4
21 - 22	5	25 - 27	5	25 - 27	5	26 - 29	5	26 - 28	5
23 - 25	6	28 - 30	6	28 - 29	6	30 - 32	6	29 - 32	6
26 - 27	7	31 - 33	7	30 - 32	7	33 - 35	7	33 - 35	7
28 - 29	8	34 - 35	8	33 - 35	8	36 - 38	8	36 - 38	8
30 - 31	9	36 - 37	9	36 - 37	9	39	9	39	9
32 - 35	10	38 - 40	10	38 - 40	10	40	10	40	10

#### Ženy

Nereagování		Pozorování		Uvědomělé jednání		Popisování		Nehodnocení	
HS	STEN	HS	STEN	HS	STEN	HS	STEN	HS	STEN
7 - 13	1	8 - 17	1	8 - 16	1	8 - 16	1	8 - 15	1
14 - 15	2	18 - 20	2	17 - 18	2	17 - 18	2	16 - 18	2
16 - 17	3	21 - 23	3	19 - 21	3	19 - 22	3	19 - 21	3
18 - 19	4	24 - 26	4	22 - 24	4	23 - 26	4	22 - 24	4
20 - 21	5	27 - 28	5	25 - 27	5	27 - 30	5	25 - 28	5
22 - 23	6	29 - 31	6	28 - 29	6	31 - 32	6	29 - 32	6
24 - 26	7	32 - 33	7	30 - 32	7	33 - 35	7	33 - 35	7
27 - 28	8	34 - 35	8	33 - 34	8	36 - 38	8	36 - 37	8
29 - 31	9	36 - 37	9	35 - 36	9	39	9	38 - 39	9
32 - 35	10	38 - 40	10	37 - 40	10	40	10	40	10

### 16.4.4 Faktorová analýza české verze dotazníku FFMQ

Základní charakteristikou Dotazníku pěti aspektů všímavosti je jeho pětifaktorová struktura. Pro ověření platnosti tohoto modelu jsme se rozhodli provést exploratorní a následně konfirmatorní faktorovou analýzu.

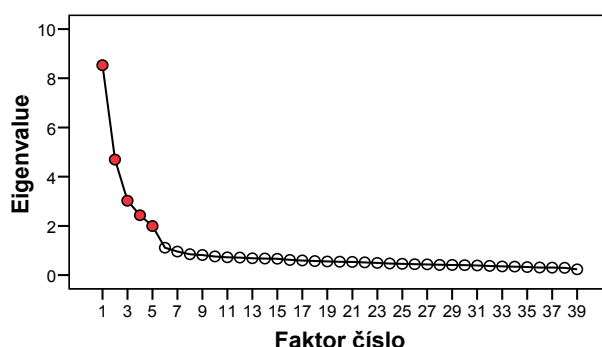
Při zjišťování faktorové struktury měřicího nástroje se postupuje ve dvou krocích. V první fázi exploratorní faktorová analýza (EFA) určí počet faktorů, ve druhé fázi se zjišťuje platnost tohoto modelu pomocí konfirmatorní faktorové analýzy (CFA; [Hendl, 2004](#)). CFA musí být provedena s odlišným souborem, aby byla nezávislá na EFA. Jelikož autoři testu již provedli důkladnou EFA ve své původní práci ([Baer et al., 2006](#)), není naším cílem změna či přehodnocení pětifaktorové struktury, ale jen její ověření na našem souboru české populace. Z toho důvodu jsme provedli obě analýzy na stejném souboru. Zároveň jsme z praktických důvodů při konfirmatorní analýze neprováděli celý složitý proces strukturálního modelování, ale zaměřili jsme se jen na nejdůležitější indexy shody dat s modelem.

#### 16.4.4.1 Exploratorní faktorová analýza

Faktorovou analýzu jsme provedli metodou hlavních os (principal axis factoring) s ortogonální rotací (Varimax), která minimalizuje počet proměnných s vysokými zátěžemi vícero faktorů, čímž usnadňuje interpretaci výsledků.

Tato metoda identifikovala 6 faktorů s vlastní hodnotou (eigenvalue) větší než 1, které pokryly 55,9% variance výsledků. Grafické znázornění v podobě scree plotu však jasně ukazuje pět faktorů. Pro určení rozumného počtu faktorů je toto grafické znázornění užitečnější, jelikož počet faktorů s vlastní hodnotou větší než 1 může vést k nadhodnocení počtu faktorů. Přechod ze strmého klesání do pozvolného je podle [Hendla \(2004\)](#) rozhodující pro určení vhodného počtu faktorů. Šestý faktor vysvětluje jen necelé 3% celkové variance, tudíž je jeho inkrementální hodnota nízká. Pohled do faktorové matrice také ukazuje, že pět faktorů se naprosto shoduje s jednotlivými subškálami dotazníku, šestý faktor je sycen pouze dvěma položkami subškály *uvědomělého jednání*.

Obrázek 1: Scree plot – vlastní hodnoty (eigenvalue) pro jednotlivé faktory.



V dalším kroku jsme proto provedli faktorovou analýzu s předdefinovaným počtem pěti faktorů. Výsledky této analýzy jsou v tabulce 8. Pohled do této tabulky nasvědčuje čisté pětifaktorové struktuře, v níž je každá položka silně sycena jedním faktorem a minimálně zbývajícími. Jednotlivé faktory také spolu nekorelují (tabulka 9), což nasvědčuje tomu, že každý faktor má jasný obsah nepřekrývající se s dalšími faktory. Všechny tyto nálezy replikují výsledky původní studie ([Baer et al., 2006](#)), a potvrzují tak oprávněnost pětifaktorového modelu.

## 16 Ověření psychometrických vlastností a standardizace DPAV u souboru české populace

**Tabulka 8: Faktorová struktura a zátěže jednotlivých položek**

Položka	Faktorové zátěže				
	1	2	3	4	5
<b>F4: Popisování</b>					
16. Mám potíže nalézat správná slova k vyjádření toho, co prožívám.	<b>0,81</b>	0,14	0,17	0,03	0,09
12. Je pro mne obtížné nalézt slova a popsat, co si myslím.	<b>0,79</b>	0,17	0,18	0,01	0,06
7. Snadno dokážu svá přesvědčení, názory a očekávání vyjádřit slovy.	<b>0,75</b>	0,06	0,1	0,11	0,11
2. Snadno nalézám slova k vylíčení svých pocitů.	<b>0,75</b>	0,04	0,07	0,16	0,07
37. Obvykle mohu velmi detailně vylíčit, jak se právě cítím.	<b>0,74</b>	0,02	0,08	0,26	0,1
27. Dokonce i když se cítím velmi rozrušený, dokážu najít způsob, jak to vyjádřit slovy.	<b>0,73</b>	0,07	0,11	0,2	0,18
22. Když mám nějaký pocit v těle, není pro mne snadné ho popsat, protože nemohu najít vhodná slova.	<b>0,66</b>	0,17	0,2	0,07	0,09
32. Mám přirozenou tendenci vyjadřovat své zážitky slovy.	<b>0,63</b>	-0,02	0,01	0,21	-0,02
<b>F5: Nehodnocení vnitřních prožitků</b>					
30. Myslím si, že některé mé city jsou špatné nebo nevhodné a neměl bych je cítit.	0,1	<b>0,76</b>	0,2	0,06	0,09
25. Říkám si, že bych neměl přemýšlet tak, jak přemýšlím.	0,11	<b>0,76</b>	0,22	0,03	0,13
39. Když mám nerozumné myšlenky, odsuzuji se za to.	0,04	<b>0,74</b>	0,12	-0,02	0,08
14. Myslím si, že některé mé myšlenky jsou špatné nebo nejsou normální a neměl bych takto přemýšlet.	0,12	<b>0,71</b>	0,22	0,04	0,1
17. Posuzuji, zda mé myšlenky jsou dobré, nebo špatné.	0,01	<b>0,63</b>	0,04	-0,16	-0,01
3. Kritizuji se za to, že mám nesmyslné nebo nevhodné emoce.	0,08	<b>0,61</b>	0,13	-0,04	0,18
10. Říkám si, že bych se neměl cítit tak, jak se cítím.	0,08	<b>0,61</b>	0,22	-0,03	0,18
35. Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, obvykle hodnotím sám sebe, že jsem dobrý nebo špatný, podle toho o jakou myšlenku nebo představu jde.	0,04	<b>0,59</b>	0,11	-0,03	0,06
<b>F3: Uvědomělé jednání</b>					
38. Přistihuji se, jak dělám věci, aniž bych dával pozor.	0,1	0,14	<b>0,74</b>	0,1	0,03
5. Když dělám různé věci, duchem se toulám mimo a jsem snadno nepozorný.	0,14	0,14	<b>0,69</b>	-0,04	0,11
13. Snadno se přestanu soustředit a jsem roztržitý.	0,17	0,17	<b>0,68</b>	-0,05	0,16
8. Nevěnuji pozornost tomu, co dělám, protože se oddávám dennímu snění, dělám si starosti nebo jsem duchem nepřítomný.	0,11	0,17	<b>0,66</b>	-0,1	0,17
18. Zdá se mi obtížné zůstat soustředěný na to, co se děje v přítomnosti.	0,12	0,2	<b>0,64</b>	-0,11	0,14
34. Vykonávám svou práci nebo povinnosti automaticky, aniž bych si uvědomoval, co vlastně dělám.	0,08	0,13	<b>0,58</b>	0,25	-0,04
28. Ženu se z jedné aktivity do druhé bez toho, abych k těmto aktivitám byl opravdu pozorný.	0,04	0,17	<b>0,53</b>	0,08	0,06
23. Zdá se, že většinu věcí dělám automaticky, aniž bych si nějak zvlášť uvědomoval to, co dělám.	0,14	0,13	<b>0,4</b>	0,3	-0,02
<b>F2: Pozorování</b>					
15. Věnuji pozornost všemu, jako je vítr ve vlasech nebo dotek slunečních paprsků na mé tváři.	0,06	0,04	0,01	<b>0,73</b>	0,08
31. Všímám si vizuálních prvků v umění či v přírodě jako barev, tvarů, struktur nebo vzorů světla a stínu.	0,14	0,03	0,06	<b>0,62</b>	0,08
20. Věnuji pozornost zvukům, jako je tikot hodinek, švitoření ptactva nebo hluk projíždějících aut.	0,03	-0,03	-0,02	<b>0,58</b>	0,04
26. Všímám si pachů a vůní věcí.	0,12	-0,02	0,06	<b>0,57</b>	0,06
1. Když jdu, vědomě si všímám tělesných pocitů vznikajících při pohybu.	0,04	-0,05	0,02	<b>0,55</b>	0,11
6. Když se sprchuji nebo se koupu, uvědomuji si počítky vznikající při kontaktu vody s mým tělem.	0,08	-0,01	0,05	<b>0,54</b>	0,08
36. Věnuji pozornost tomu, jak mé emoce působí na mé myšlenky a chování.	0,17	-0,14	0	<b>0,54</b>	0,12
11. Uvědomuji si, jak jídlo a pití ovlivňují mé myšlenky, tělesné pocity a emoce.	0,12	-0,04	-0,01	<b>0,48</b>	0,08
<b>F1: Nereagování na vnitřní prožitky</b>					
33. Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, obvykle je prostě jen zaznamenám a nechám je být.	0,02	0,2	0,06	-0,03	<b>0,68</b>
29. Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, jsem schopný je jen zaznamenat, aniž bych reagoval.	0,04	0,06	-0,03	0,07	<b>0,63</b>
19. Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, "poodstoupím" od nich a jsem si těchto myšlenek nebo představ vědom, aniž bych jimi byl přemožen.	0,1	0,09	0,12	0,23	<b>0,6</b>
24. Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, obvykle se brzy zase uklidním.	0,08	0,28	0,18	0,04	<b>0,55</b>
9. Pozoruji své pocity, aniž bych se jimi nechával unést.	0,1	0,06	0,08	0,3	<b>0,42</b>
21. V obtížných situacích se dovedu zastavit, než začnu reagovat.	0,13	0,09	0,22	0,21	<b>0,39</b>
4. Uvědomuji si své pocity a city, aniž bych na ně musel reagovat.	0,14	0,03	0,08	0,23	<b>0,36</b>



**Tabulka 9: Mezifaktorové korelace**

	Nereagování	Uvědomělé jednání	Pozorování	Nehodnocení
Popisování	0,01	0,03	0,04	0,02
Nereagování		0,06**	-0,02	0,05**
Uvědomělé jednání			0	0,03
Pozorování				0,05**

Poznámka: \*\*  $p < .01$

### 16.4.4.2 Konfirmatorní faktorová analýza

Ačkoliv exploratorní faktorová analýza našich dat došla ke stejnému výsledku jako původní studie, je tato shoda pouze předběžné potvrzení struktury dotazníku. EFA sice nabízí jednoduché pětifaktorové řešení struktury, ale může existovat celá řada komplexnějších modelů, které by lépe odpovídaly datům. Pro vytváření takových kauzálních modelů je určena analýza strukturálních modelů (structural equation modeling). To by však přesahovalo rámec a záměr této práce. My jsme se z důvodu získání statisticky adekvátnějšího potvrzení faktorové struktury zaměřili pouze na statistickou kvantifikaci shody modelu s daty pomocí konfirmatorní faktorové analýzy.

V ní jsme testovali tři strukturální modely. Prvním je jednofaktorová struktura, která vysvětluje varianci dat pomocí jednoho latentního faktoru představujícího konstrukt všímavosti. Druhým modelem je pětifaktorová struktura, v níž mezi faktory působí cirkulární (vzájemná) kauzalita. Třetím modelem je pětifaktorový model s hierarchickou strukturou, kde je pět faktorů kauzálně ovlivněno nadřazeným faktorem celkové všímavosti.

K hodnocení jsme použili čtyři indexy shody modelu s daty, které byly vypočteny pomocí programu [AMOS 7.0 \(2006\)](#). Prvním je klasický  $\chi^2$  získaný testem dobré shody mezi maticí faktorových zátěží a korelační maticí. Pro posouzení shody je vhodný poměr  $\chi^2$  ke stupňům volnosti, který by měl být při přiměřené shodě menší než 5. Je třeba upozornit na to, že tento index je poměrně přísný, tedy citlivý na malé rozdíly. K adekvátnějšímu určení shody bylo vyvinuto vícero indexů shody, mezi nimi také komparativní index shody (CFI, comparative fit index; [Bentler, 1990](#)). Jeho hodnoty se pohybují mezi 0 a 1 a čím blíže 1, tím lepší shoda. Hodnota indexu CFI větší než .9 odpovídá dobré shodě modelu s daty. Třetím použitým indexem je index střední chyby odhadu (RMSEA, root mean square error of approximation), jehož hodnota menší než .05 vypovídá o dobré shodě a hodnota mezi .05 a .08 o přijatelné shodě ([AMOS, 2006](#)).

**Tabulka 10: Konfirmatorní faktorová analýza - indexy shody**

	$\chi^2$	df	$\chi^2 / df$	CFI	RMSEA
Jeden faktor	29127.88	702	41.493	.40	.119
Pět faktorů	6265.5	692	9.054	.883	.053
Pět faktorů všímavosti	6590	697	9.46	.876	.054

Z výsledků analýzy je patrné, že pětifaktorový model vyhovuje datům mnohem lépe než jednofaktorový model. Nicméně i oba pětifaktorové modely se pohybují těsně za hranicí dobré shody. Ukazuje to na určité nesrovnalosti v tomto modelu. Pro nalezení nejvhodnějšího statistického modelu by bylo vhodné provést analýzu strukturálních modelů, která dokáže odhalit složité kauzální vlivy. Taková analýza je však nad rámcem této práce, jejímž hlavním cílem je vytvoření norem pro českou populaci a ověření psychometrických vlastností.

### 16.5 Diskuse

Hlavním slabým místem našeho výzkumu je soubor, s kterým jsme pracovali. Ačkoliv se nám podařilo dosáhnout vysokého počtu respondentů, nebyla zachována reprezentativnost souboru. Hlavní důvody jsme již uvedli. Jde především o praktické problémy a nemožnost v rámci jednočlenného týmu dostat všem metodologickým pravidlům při získávání reprezentativního souboru.

Nicméně vzhledem k tomu, že hlavním záměrem této studie je ověření psychometrických vlastností dotazníku, nehraje reprezentativnost souboru tak rozhodující úlohu. Ta je důležitější při validizačních či korelačních studiích, jejichž výsledkem jsou tvrzení o určité populaci. Nás zde hlavně zajímají normy. V tomto směru je soubor dost rozmanitý, co se týče demografických proměnných. To zaručuje aplikovatelnost těchto norem v širokém kontextu. Vždy je však třeba mít toto na paměti a s tímto ohledem opatrně interpretovat výsledky výzkumů používajících tento dotazník s našimi normami.

## 17 Analýza vztahu mezi všímavostí a některými demografickými proměnnými

### 17.1 Úvod

Všíímavost jako komplexní psychologický konstrukt je bezesporu ovlivňována mnoha faktory. Všíímavost definovaná jako rys osobnosti neboli dlouhodobá charakteristika jedince je determinována celou řadou činitelů psychologických, sociálních a dalších. Odhalení těchto faktorů může být cenným zdrojem pro pochopení všímavosti a k porozumění její povaze, možnostem či limitům. Tato část naší práce se zaměřila právě na zkoumání souvislosti vybraných demografických proměnných a všímavosti.

#### 17.1.1 Všíímavost a demografické charakteristiky

Vztah demografických proměnných nebyl zkoumán v žádné samostatné studii a ověřován byl pouze v rámci korelačních a validizačních studií různých dotazníků všímavosti.

Jednou z důležitých otázek je, zda existuje rozdíl v úrovni všímavosti mezi muži a ženami. V žádném výzkumu nebyla dosud korelace mezi všímavostí a pohlavím nalezena. Nulové korelace mezi pohlavím a všímavostí potvrzují všechny nám známé korelační studie (Baer, Smith & Allen, 2004; Baer et al., 2008; Feldman et al., 2007). Zdá se, že míra všímavosti je zcela nezávislá na pohlaví.

Podle dostupných studií neexistuje ani vztah mezi všímavostí a věkem. Některé studie sice zjistily určitou statisticky významnou korelaci, ale ta byla ve všech případech pouze slabá. Všíímavost měřená dotazníkem FFMQ korelovala s věkem pouze u subškály vědomého jednání, a to pouze s korelačním koeficientem 0.12 (Baer et al., 2008). V jiných studiích byl tento vztah nulový (Baer, Smith & Allen, 2004; Feldman et al., 2007).

Co se týče vzdělání, není vztah se všímavostí jednoznačný, ale přesto můžeme na základě publikovaných studií říci, že je tento vztah jen mírný. Všíímavost korelovala se vzděláním ve všech subškálách dotazníku FFMQ, ale hodnoty korelačního koeficientu se pohybovaly pouze mezi 0.13 a 0.2. Pouze u subškály popisování byl koeficient 0.29, což je pochopitelné vzhledem k tomu, že tato subškála je postavena na verbálním vyjadřování, které je vzděláním rozvíjené (Baer et al., 2008). Oproti tomu jiné studie nenašly mezi všímavostí a vzděláním žádný vztah (Baer, Smith & Allen, 2004).

Zajímavý může být rozdíl ve všímavosti v souvislosti s povoláním. Lze předpokládat, že určitá profese vyžaduje jinou míru všímavosti než jiná, a také že určité povolání všímavost rozvíjí. Doposud nám není známa žádná studie, která by souvislost mezi profesí a všímavostí sledovala. Rozhodli jsme se proto tuto mezeru vyplnit v naší práci.

### 17.2 Hypotézy

H0<sub>1</sub>: Mezi všímavostí (měřenou dotazníkem DPAV) a věkem neexistuje žádný vztah.

H1<sub>1</sub>: Míra všímavosti je závislá na věku respondenta.

H0<sub>2</sub>: Míra všímavosti není závislá na pohlaví respondenta.

H1<sub>2</sub>: Míra všímavosti je rozdílná u mužů a žen.

H<sub>01</sub>: Mezi všímavostí a vzděláním neexistuje žádný vztah.  
H<sub>12</sub>: Míra všímavosti je závislá na vzdělání respondenta.

H<sub>01</sub>: Míra všímavosti není závislá na profesi respondenta.  
H<sub>12</sub>: Jednotlivé profesní skupiny se liší v míře všímavosti.

### 17.3 Metody

#### 17.3.1 Soubor

K této korelační studii byla využita data získaná od respondentů v rámci standardizace dotazníku. Soubor tvořilo 2871 respondentů, z toho 67.2 procent žen. Věk se pohyboval od 12 do 80 let (průměr = 32, směrodatná odchylka = 10.7).

#### 17.3.2 Měření

V rámci vyplňování dotazníku DPAV poskytovali respondenti také vybrané demografické informace – pohlaví, věk, počet let vzdělání a povolání/profese.

Úroveň vzdělání jsme zvolili jako kvantitativní proměnnou (počet let vzdělávání) raději než kategoriální, abychom mohli snadněji vypočítat korelaci s ostatními proměnnými. Pro analýzu rozdílů mezi skupinami rozdělenými podle dosaženého vzdělání jsme převedli kvantitativní údaje o počtu let na kategoriální podle následující tabulky:

Počet let	Dosažené vzdělání
0-7	Žádné
8-11	Základní
12-16	Střední
17 a více	Vysokoškolské

Informace o povolání či profesi jsme nechali respondenty vyplnit do volného políčka bez předem daných kategorií. Až v další fázi jsme je rozřídili do několika kategorií podle následující tabulky:

	kategorie
1	Bez zaměstnání (studenti, v domácnosti, MD apod.)
2	Pomáhající profese (psycholog, terapeut, sociální pracovníci apod.)
3	Zdravotnictví (lékař, sestra, zdravotnický personál apod.)
4	Věda a vzdělávání (výzkum, pedagog, poradce apod.)
5	Technické profese (IT, analytik, zemědělství, řemesla apod.)
6	Administrativa, správa, obchod (úředník, práva, podnikatel, management apod.)
7	Služby (informační služby, cestovní ruch, doprava apod.)
8	Umělecky orientované (grafik, designér, fotograf apod.)
9	Nelze zařadit

Navíc jsme každou z těchto kategorií rozčlenili na podkategorie, abychom mohli identifikovat případné rozdíly ve všímavosti u více specificky definovaných povolání. Úplný

## 17 Analýza vztahu mezi všímavostí a některými demografickými proměnnými

seznam zde neuvádíme, ale zmíníme ve výsledcích ty z těchto profesí, u nichž nám přišly výsledky zajímavé.

### 17.4 Výsledky

#### 17.4.1 Normalita rozložení

Abychom mohli správně zvolit statistické metody v dalších výpočtech, je nutné zjistit, zda má skóre všímavosti normální rozložení. Při měření psychologických jevů je, podobně jako u jiných antropologických měření, opodstatněný předpoklad normálního rozložení. Můžeme také oprávněně předpokládat normální rozložení také u všímavosti. Nicméně jsme normalitu rozložení testovali, abychom tento předpoklad ověřili. K ověření jsme použili Kolmogorovův-Smirnovův test normality. Výsledky uvádíme v následující tabulce

**Tabulka 11: Kolmogorovův-Smirnovův test normality**

Škála	M	SD	K-S Z	p
HS celkové	134.76	17.69	1.385	0.043
HS nereagování (F1)	22.16	4.43	3.269	0.00
HS pozorování (F2)	28.09	5.44	3.882	0.00
HS vědomé jednání (F3)	26.93	5.29	2.905	0.00
HS popisování (F4)	29.20	6.29	4.06	0.00
HS nehodnocení (F5)	28.39	6.44	3.428	0.00

Poznámka: M = průměr, SD = směrodatná odchylka, K-S Z – Kolmogorovo-Smirnovovo Z  
p = hodnota významnosti

Kolmogorovův-Smirnovův test ověřuje nulovou hypotézu o normálním rozložení. Nízká hladina významnosti znamená jiné než normální rozložení. Výsledky tedy ukazují, že u celkového skóre bylo potvrzeno normální rozložení, avšak na hranici statistické významnosti. U dalších subškál bylo normální rozložení zamítnuto.

Lze předpokládat, že nenormální rozložení je z velké části zapříčiněno naším výběrovým souborem. Přesto však budeme v další analýze používat raději neparametrické metody v případě testů, u nichž je normální rozložení podmínkou.

#### 17.4.2 Vztah mezi všímavostí a věkem

Pro zjištění vztahu všímavosti a věku jsme nejprve vypočítali koeficient korelace mezi věkem a celkovým skóre dotazníku DPAV. Pro výpočet jsme použili Spearmanův koeficient korelace, jelikož nebyla u skóre dotazníku potvrzena normalita rozložení.



Tabulka 12: Spearmanův koeficient korelace mezi věkem a jednotlivými škálami DPAV

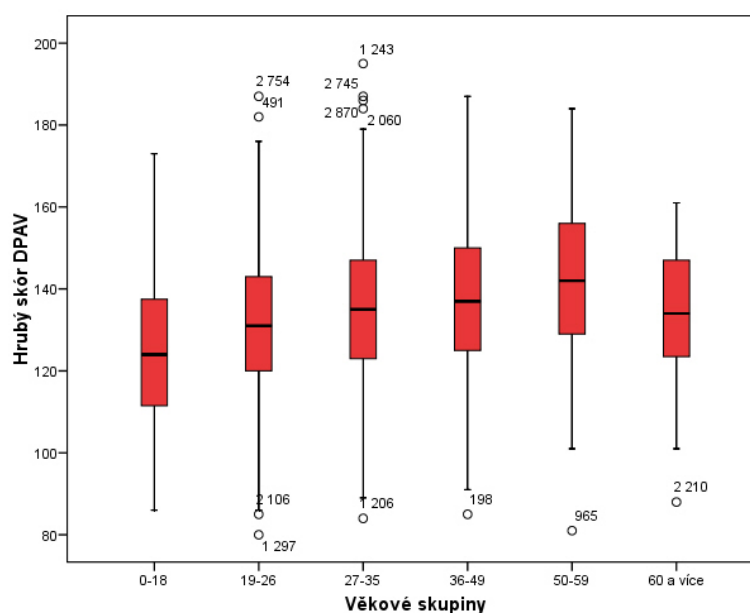
HS nereagování (F1)	HS pozorování (F2)	HS vědomé jednání (F3)	HS popisování (F4)	HS nehodnocení (F5)	HS DPAV
,213**	,125**	,133**	,147**	,082**	,208**

Poznámka: \*\*  $p < 0.01$

Všechny korelace jsou sice statisticky významné (především díky rozsahu souboru), ale jen slabé. Podle Cohena je korelace ve společenských vědách mírná při  $r < .3$ , střední při  $r = .3 - .5$  a vysoká při  $r > .5$  (Hendl, 2004). Můžeme tedy konstatovat, že všímavost s věkem mírně stoupá.

Z jednotlivých subškál nejvíce s věkem korelovala škála nereagování, i když také pouze slabě. Můžeme říci, že s věkem mírně stoupá schopnost odstupu od vnitřních stavů a snížení automatického, habituálního chování v reakci na tyto stavy. Lze předpokládat, že je to z jisté části výsledkem životní zkušenosti. Jedinec se v průběhu života učí, že bezmyšlenkovité reagování na vnitřní pohnutky často vede k nepříjemným následkům. Na druhou stranu je na věku nejméně závislá schopnost nehodnocení, která se ukazuje být stabilní vlastností, neměnicí se s přibývajícím věkem.

Abychom si mohli vytvořit ucelenější obraz o vztahu věku a všímavosti, rozčlenili jsme respondenty do šesti kategorií (0-18, 19-26, 27-35, 36-49, 50-59, 60 a více). Takové rozdělení do věkových kategorií můžeme později využít při dalším statistickém testování. Kruskalův-Wallisův test vyloučil nulovou hypotézu o stejnosti mediánu, jak u celkového skóre, tak i u všech subškál na hladině významnosti  $p < .001$ , a můžeme proto říci, že úroveň všímavosti v jednotlivých věkových kategoriích je odlišná. Také párové srovnání sousedících věkových skupin pomocí Mannova-Whitneyho testu potvrdilo statisticky významné rozdíly ( $p < .05$ , resp.  $.01$ ). Na grafickém znázornění rozložení výsledků celkového skóre ve věkových kategoriích je kromě mírně stoupající tendence, která byla již zachycena korelačním koeficientem, také patrné snížení u nejstarší věkové kategorie. Podobný jev jsme našli i u ostatních subškál, i když zde neuvádíme jejich grafické znázornění. Ukazuje se tedy, že všímavost je u starší věkové kategorie vždy vyšší než u předchozí. a že tedy s věkem roste. Ve věkové kategorii nad 60 let dochází ke snížení úrovně všímavosti, což lze jistě přičíst počínajícím degenerativním procesům.



### 17.4.3 Všímavost a pohlaví

Pro testování rozdílu mezi muži a ženami ve skóre dotazníku DPAV jsme použili Wilcoxonův neparametrický test pro dva nezávislé výběry.

**Tabulka 13: Průměr a směrodatná odchylka rozdělené podle pohlaví Wilcoxonův test (n = 2871)**

Škála	Muži (n=943)		Ženy (n=1928)		Wilcoxon Z	P
	M	SD	M	SD		
HS celkové	134.88	17.60	134.71	17.74	-.028	0.977
HS nereagování (F1)	23.05	4.34	21.72	4.40	-7.75	0.000
HS pozorování (F2)	27.17	5.83	28.53	5.19	-5.74	0.000
HS vědomé jednání (F3)	26.98	5.48	26.91	5.20	-0.201	.841
HS popisování (F4)	28.84	6.40	29.37	6.23	-2.254	.024
HS nehodnocení (F5)	28.84	6.31	28.17	6.49	-2.547	.011

**Poznámka:** M = průměr SD = směrodatná odchylka

Porovnání celkového skóre dotazníku u mužů a žen nevyvrátilo nulovou hypotézu o průměrné shodě, a můžeme proto říci, že není rozdíl v míře všímavosti u mužů a žen.

Pohled na ostatní subškály nám nabízí další zajímavé výsledky. Kromě škály vědomého jednání je u všech subškál statisticky významný rozdíl mezi muži a ženami, a to na hladině  $p < .05$  u subškál popisování a nehodnocení a dokonce  $p < .001$  u subškál nereagování a pozorování. Rozdíly jsou statisticky významné, ale malé, a proto musíme brát s rezervou i následující interpretace.

Nejvýraznější rozdíl je v subškále nereagování, v které muži skórují statisticky významně více než ženy (o 0.27 směrodatné odchylky). Může to svědčit o větší emocionalitě žen a podléhání vnitřním pohnutkám, větší potřebě behaviorální reakce na psychické stavy. Muži dokážou lépe odstoupit od vlastních psychických pochodů a vytvořit tak prostor mezi intrapsychickými prožitky a reakcí na ně. Naopak ženy statisticky významně více skórují ve škále pozorování (o 0.25 směrodatné odchylky). Může to nasvědčovat tomu, že ženy dokážou více receptivně vnímat věci kolem sebe a také, že věnují větší pozornost vlastním psychickým stavům. Ženy proto také více skórují na škále popisování (i když pouze o 0.08 směrodatné odchylky), což je také v souladu s poznatky o lepší verbální schopnosti žen. Statisticky významný je také rozdíl na škále nehodnocení (rozdíl 0.18 směrodatné odchylky). Muži jsou podle toho více schopni neposuzovat a nehodnotit své prožitky. Žádný rozdíl nebyl potvrzen na škále vědomého jednání, na které skórují muži a ženy stejně.

### 17.4.4 Vztah mezi všímavostí a vzděláním

Pro jednodušší zachycení vztahu mezi vzděláním a všímavostí jsme sbírali informace o vzdělání ve formě počtu let vzdělávání. Můžeme tak vypočítat korelační koeficient mezi těmito dvěma kvantitativními proměnnými. Použili jsme Spearmanův pořadový koeficient korelace, jelikož u počtu let vzdělání nemůžeme předpokládat normální rozložení.

Tabulka 142: Spearmanův koeficient korelace mezi počtem let vzdělání a škálami DPAV

	HS DPAV	HS nereagování (F1)	HS pozorování (F2)	HS vědomé jednání (F3)	HS popisování (F4)	HS nehodnocení (F5)
Počet let vzdělání	0.112**	0.069**	0.038*	0.048*	0.053**	0.14**

Poznámka: \*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

Všechny korelace jsou sice statisticky významné na hladině  $p < .01$ , resp.  $p < .05$ , ale velmi nízké. Výsledky nás takto sice opravňují zamítnout nulovou hypotézu o nezávislosti těchto dvou proměnných, ale vzhledem k nízkému koeficientu korelace je empirická významnost nízká. S tímto faktem na vědomí můžeme říci, že míra všímavosti jen velmi mírně roste s počtem let vzdělání. Pohled na korelace subškál ukazuje, že hlavním nositelem korelačního vztahu celkového skóre se vzděláním je korelace subškály nehodnocení, která má hodnotu  $r=0.14$ . Ačkoliv i tato korelace je nízká, můžeme si dovolit interpretaci. Jak píše Langerová a Moldoveanová (2000a, b), lze využít intervence založené na všímavosti v oblasti vzdělávání, a to podporou všímavého zpracování informací, jako např. posouzení informací z různých úhlů pohledu, v kontextu různorodých situací či v originálních souvislostech. Jistě lze očekávat i opačné působení, tedy že v průběhu vzdělávání se jedinec učí posuzovat informace z rozmanitých úhlů a nahlížet na věci více nestranně, oproti nevědomému vytváření si názorů založených na různých předsudcích. Tato větší nestrannost se projevuje právě ve škále nehodnocení. Na druhou stranu je často vzdělávací systém založený na pouhém memorování, což je opakem všímavého přístupu k informacím, proto nejsou korelace silnější.

Zajímalo nás také, zda existují rozdíly v míře všímavosti podle dosaženého vzdělání. Vytvořili jsme proto tři kategorie vzdělání (základní, střední a vysoké) podle počtu let vzdělání a provedli jsme Kruskalův-Wallisův test shodnosti mediánů.

Tabulka 15: Kruskalův-Wallisův test tří kategorií vzdělání

Škála	Základní (n=94)		Střední (n=1378)		Vysoké (n=1353)		$\chi^2$ df=2	p
	M	SD	M	SD	M	SD		
HS celkové	127.48	18.15	133.53	17.47	136.66	17.60	38.011	0.000
HS nereagování (F1)	20.69	4.99	21.91	4.34	22.50	4.41	23.587	0.000
HS pozorování (F2)	26.98	5.90	28.05	5.53	28.18	5.29	3.736	0.154
HS vědomé jednání (F3)	25.59	6.03	26.76	5.16	27.24	5.33	11.232	0.004
HS popisování (F4)	28.23	6.28	29.09	6.30	29.42	6.28	4.734	0.094
HS nehodnocení (F5)	25.99	6.61	27.71	6.274	29.32	6.34	60.537	0.000

Poznámka: M=průměr, SD=směrodatná odchylka, df = stupně volnosti, p = hladina významnosti

Zde výsledky nepřinesly žádné další podstatné informace. Všechny tři kategorie mají sice statisticky významně rozdílné mediány celkového skóre a tří subškál, ale rozdíly jsou minimální.

Nicméně i neexistence vztahu má svou informační hodnotu. Dalo by se předpokládat, že se vzděláním poroste schopnost verbálního popisování prožitků a možná také pozorování

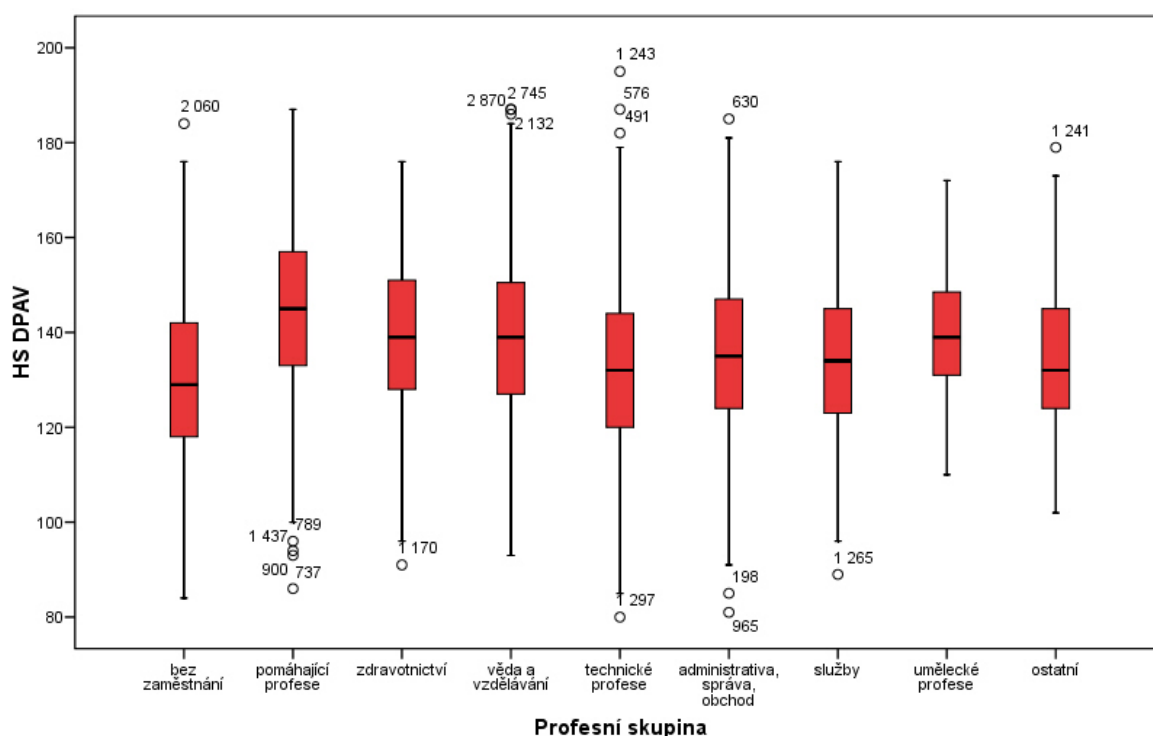
## 17 Analýza vztahu mezi všímavostí a některými demografickými proměnnými

(rozvíjením empirického přístupu ke světu). To se však v našich výsledcích neprojevilo. Můžeme tedy uzavřít, že všímavost je na vzdělání jen minimálně závislá.

### 17.4.5 Vztah všímavosti a profese respondenta

Pro analýzu vztahu všímavostí v závislosti na povolání respondenta jsme nejprve testovali rozdílnost průměru jednotlivých profesních skupin a profesí pomocí Kruskalova-Wallisova testu. Ten potvrdil rozdíl mezi skupinami profesních kategorií a profesí jak pro celkové skóre, tak pro všechny subškály, a to na hladině významnosti nižší než 0.001.

Obrázek 3: Grafické znázornění rozložení hrubých skóre jednotlivých profesních skupin



V následující tabulce uvádíme výsledky detailnější analýzy pro všech 9 profesních kategorií. U každé kategorie jsme vypočítali průměr a směrodatnou odchylku. Dále jsme pomocí Wilcoxonova testu pro dva nezávislé výběry porovnali průměrnou shodu výsledků v této kategorii oproti ostatním respondentům. Jako hladinu významnosti, která je interpretačně zajímavá, jsme vzhledem k vysokému počtu respondentů (a tedy malé standardní chybě) zvolili hodnotu 0.001. Tyto statisticky významné hodnoty jsou zvýrazněny červeně. Tabulka je seřazena podle průměru dané kategorie.

Tabulka 16: Wilcoxonův test profesních skupin se zbytkem respondentů

	Celkové skóre DPAV				
	n	M	SD	Z	p
bez zaměstnání	789	129,99	17,16	-8,58	0,000**
technické profese	451	132,91	18,49	-2,73	0,006
služby	165	134,58	17,49	-0,03	0,974

## 17 Analýza vztahu mezi všímavostí a některými demografickými proměnnými

ostatní	57	134,65	17,79	-0,33	0,744
administrativa, správa, obchod	707	135,87	16,61	1,89	0,059
zdravotnictví	136	139,00	16,65	3,04	0,002*
věda a vzdělávání	283	139,04	17,50	4,01	0,000**
umělecké profese	83	139,58	13,65	2,80	0,005
pomáhající profese	178	143,53	18,14	7,25	0,000**
<b>Celkově</b>	<b>2849</b>	<b>134,72</b>	<b>17,67</b>		

Poznámka: n=počet respondentů, M=průměr, SD=směrodatná odchylka, Z = výsledek Wilcoxonova testu, p=hladina významnosti, \* p<0.05, \*\*p<0.001

Profesní kategorie nemusí být zcela homogenní, jelikož je tvořena vždy několika profesemi. Abychom mohli konkrétněji interpretovat vztah mezi určitou profesí a všímavostí, vypočítali jsme podobnou statistiku pro všechny profese (celkem 36 profesí). Zde uvádíme jen 9 profesí, u nichž byly výsledky statisticky významné.

**Tabulka 17: Wilcoxonův test profesí se zbytkem respondentů**

	Celkové skóre DPAV				
	n	M	SD	Z	p
student	715	129,53	17,04	-8,89	0,000**
informační technologie	269	131,75	18,86	-3,32	0,001**
pedagog, vychovatel	213	138,41	17,18	3,01	0,003*
podnikatel	69	141,06	17,81	2,87	0,004*
umělecká profese	44	143,00	13,68	3,40	0,001**
psycholog	70	145,09	14,85	5,41	0,000**
lékař	30	145,50	16,47	3,22	0,001*
poradce	25	149,80	20,66	3,62	0,000**
psychoterapeut	17	156,06	16,53	4,53	0,000**
<b>Celkově</b>	<b>2849</b>	<b>134,72</b>	<b>17,67</b>		

Poznámka: n=počet respondentů, M=průměr, SD=směrodatná odchylka, Z = výsledek Wilcoxonova testu, p=hladina významnosti, \* p<0.05, \*\*p<0.001

Na základě těchto výsledků můžeme vyloučit nulovou hypotézu o nezávislosti všímavosti na profesi respondenta. Mezi profesemi jsou statisticky významné rozdíly, a proto existuje souvislost mezi mírou všímavosti a povoláním. Určité povolání může podporovat specifické všímavé dovednosti, vyžadovat například větší míru bdělosti či pozornosti a rozvíjet tak schopnost všímavosti. Na druhou stranu zde může působit také opačný směr kauzálního působení, tedy že jedinci s určitou mírou všímavosti si volí určité povolání.



Podívejme se nyní na získané výsledky a začneme profesemi s nejnižšími skóre v dotazníku. Nejnižší průměrné výsledky nalezneme v profesní skupině nezaměstnaných, jejíž velkou část (90%) tvoří studenti. Tato skupina skóruje v průměru o 0,3 směrodatné odchylky méně než zbytek respondentů a má statisticky nižší skóre také na všech subškálách. Zde však hraje roli nízký věkový průměr této skupiny ( $M=21.9$ ,  $SD=3.17$  oproti průměru celého výběru  $M=32$ ,  $SD=10.73$ ). Mezi věkem existuje sice nízká, ale statisticky významná závislost a proto je nízké skóre této skupiny způsobené touto závislostí.

Další profesní skupinou s nejnižším průměrným skóre je skupina technických profesí a v ní především povolání související s informačními technologiemi (např. programátoři). To odpovídá našemu teoretickému předpokladu. U technických profesí je kladen důraz na znalost a memorování technických znalostí a jednání na základě těchto znalostí oproti jednání založenému na aktuálně probíhajících událostech. Technické a IT profese také vyžadují soustředění na hypotetický problém a nezáměr o vše ostatní. Jedinci řešící intelektuálně náročný úkol budou jistě více nevšímaví ke svému okolí. To ostatně potvrzuje také statisticky významně nižší skóre především na škále pozorování. Nižší skóre na škále popisování, které zachycuje schopnost popisovat své emoce, může souviset se zaměřením se spíše na vnější, praktické problémy než na vnitřní psychické stavy a také s menší potřebou verbálního vyjadřování.

Na druhé straně jsou profese, jež skórují v průměru více než ostatní. Jsou to především pomáhající profese, k nimž se dostaneme záhy, ale také například umělecké profese. Umělecké profese skórují statisticky významně výše v subškálách pozorování a popisování. Podstatou uměleckého vyjadřování je pečlivé pozorování světa a poté vyjádření tohoto pozorování a pocitů z něj originální a tvořivou cestou. Nezávislé všímavé sledování světa má blízko ke konceptu všímavosti, a proto není překvapující vyšší skóre umělecké profese v dotazníku všímavosti.

Jednoznačně nejvíce v dotazníku DPAV skórovaly pomáhající profese – psychoterapeut, psycholog, poradce či lékař. Profesní kategorie zahrnující tyto pomáhající profese měla statisticky významně vyšší výsledky oproti ostatním respondentům v celkovém skóre i ve výsledcích všech subškál. Je možné, že to souvisí s tím, že pomáhající profese přicházejí do styku s lidmi. Nemůžou se spoléhat na neměnné postupy, jako je tomu například u technických profesí, ale musí tvořivě reagovat na momentální situaci vznikající v interakci s druhými lidmi.

Nejzajímavější jsou pro nás vzhledem k celkovému tématu této práce profese psychoterapeuta a psychologa. Tyto profese byly ostatně jedním z důvodů, proč jsme se zprvu o profesi respondentů zajímali. Chtěli jsme ověřit názory některých autorů, že všímavost podporuje dovednosti prospěšné v těchto profesích (Fulton, 2005; Surrey, 2005; Morgan & Morgan, 2005; Bien, 2009). Na základě našich výsledků můžeme tento názor potvrdit. Psychoterapeuti skórovali o více než 1,2 směrodatné odchylky více než zbytek respondentů a to na hladině významnosti nižší než  $p < 0.001$ . Pro terapeuta jsou mnohé složky všímavosti velice důležité: schopnost být plně v přítomnosti s klientem, všímat si jemných nuancí a změn v chování klienta, uvědomovat si své vlastní psychické pochody, udržet pozornost po celou dobu terapie, schopnost verbalizovat své pocity atd. Tyto dovednosti vyžadují jistou míru všímavosti a proto je samozřejmé, že respondenti s profesí terapeuta skórovali v dotazníku významně lépe. V subškálách dotazníku je u této profese (a podobně u profese psychologa) největší rozdíl v nehodnocení a popisování. V terapii je vytvoření prostředí založeného na přijetí a nehodnocení pro úspěšnou terapii velmi důležité (Rogers, 1998). Terapeuti se vlivem výcviku a vlastní zkušeností učí zaujímat tento nehodnotící postoj, který je důležitou komponentou všímavosti. Podobně schopnost všímat si a popisovat vlastní emoce (škála popisování) je podstatnou dovedností dobrého terapeuta.

## Porovnání shody mezi profesní kategorií a zbytkem respondentů

Profesní skupina	HS neregování (F1)			HS pozorování (F2)			HS vědomé jednání (F3)			HS popisování (F4)			HS nehodnocení (F5)		
	M	SD	Z	M	SD	Z	M	SD	Z	M	SD	Z	M	SD	Z
bez zaměstnání	20,89	4,33	-9,34	0,000	**		27,43	5,43	-4,20	0,000	**		25,72	5,32	-7,27
technické profese	22,45	4,41	1,39	0,165			26,92	6,02	-4,40	0,000	**		27,23	5,56	1,31
služby	22,53	4,01	1,47	0,141			28,66	5,14	1,45	0,147			26,52	5,29	-1,24
ostatní	22,65	4,71	0,52	0,600			27,21	5,92	-1,44	0,149			26,28	4,82	-0,70
administrativa, správa, obchod	22,41	4,24	1,98	0,048			28,34	5,29	1,52	0,129			27,26	4,97	1,97
zdravotníci	22,24	4,72	2,48	0,013			29,32	5,12	2,60	0,009			28,18	5,17	2,73
věda a vzdělávání	22,87	4,45	3,00	0,003	*		28,99	4,98	2,57	0,010			27,87	5,40	2,79
umělecké profese	22,45	4,21	0,63	0,530			30,07	4,40	3,58	0,000	**		27,05	4,41	0,01
pomáhající profese	23,40	4,52	3,58	0,000	**		29,39	4,93	3,17	0,002	*		28,29	5,29	3,68
<b>Celkové</b>	<b>22,16</b>	<b>4,43</b>					<b>28,09</b>	<b>5,44</b>					<b>26,93</b>	<b>5,30</b>	
													<b>29,18</b>	<b>6,29</b>	
													<b>28,37</b>	<b>6,44</b>	

## Porovnání shody mezi respondenty s danou profesí a zbytkem respondentů

Profese	HS neregování (F1)			HS pozorování (F2)			HS vědomé jednání (F3)			HS popisování (F4)			HS nehodnocení (F5)		
	M	SD	Z	M	SD	Z	M	SD	Z	M	SD	Z	M	SD	Z
student	20,80	4,35	-9,41	0,000	**		27,27	5,42	-4,84	0,000	**		25,68	5,37	-7,01
informační technologie	22,51	4,52	1,28	0,202			26,30	6,19	-5,05	0,000	**		27,05	5,75	0,33
pedagog, vychovatel	22,73	4,36	2,18	0,029			28,72	5,09	1,52	0,129			28,00	5,39	2,86
podnikatel	23,52	4,41	2,73	0,006			29,57	5,39	2,36	0,018			27,64	5,26	1,17
umělecká profese	23,25	3,99	1,72	0,085			30,27	4,22	2,97	0,003	*		27,02	4,30	-0,04
psycholog	23,49	4,21	2,70	0,007			28,90	4,61	1,25	0,211			28,59	4,58	2,77
lékař	23,87	4,37	2,11	0,035			29,30	4,47	1,18	0,236			30,27	5,22	3,42
poradce	24,76	5,55	2,57	0,010			30,60	5,71	2,12	0,034			30,12	5,13	2,56
psychoterapeut	25,94	5,21	3,02	0,003	*		31,82	3,83	2,85	0,004	*		30,29	5,13	2,67
<b>Celkové</b>	<b>22,16</b>	<b>4,43</b>					<b>28,09</b>	<b>5,44</b>					<b>26,93</b>	<b>5,30</b>	
													<b>29,18</b>	<b>6,29</b>	
													<b>28,37</b>	<b>6,44</b>	

Poznámka:	n=počet respondentů	M=průměr	SD=směrodatná odchylka	Z = výsledek Wilcoxonova testu	p=hladina významnosti	* p<0,05	**p<0,001
-----------	---------------------	----------	------------------------	--------------------------------	-----------------------	----------	-----------

### 17.5 Diskuse

Podobně jako u předchozích studií musíme upozornit na to, že soubor není zcela reprezentativní. Také vysoký počet respondentů může zkreslovat statistické výsledky v tom smyslu, že často jsou výsledky testových metod statisticky významné i při nepatrných rozdílech, např. mezi průměry skupin. Při interpretaci musíme být proto opatrní, abychom tyto rozdíly nepřecenili. Interpretace, o které jsme se výše pokusili, tak musíme brát s rezervou.

Námítky mohou také vzniknout při interpretaci souvislosti všímavosti u profesních skupin a jednotlivých profesí. Jakákoliv profese je natolik rozmanitá na vyžadované dovednosti či schopnosti, že mohou být naše interpretace značně zjednodušující. Také bylo do mnohých profesí zahrnuto více rozdílných profesí, a proto nejsou tyto skupiny vůbec homogenní. Museli bychom mnohem pečlivěji specifikovat určitou profesi, abychom mohli porovnávat její souvislost se všímavostí. To jsme si z praktických a časových důvodů nemohli dovolit. Náš příspěvek je míněn jako první ohledání této problematiky, která by si jistě zasloužila další rozpracování v jiném výzkumném projektu.

## 18 Vztah mezi všímavostí a životní spokojeností

### 18.1 Úvod

V posledních desetiletích se zájem psychologického výzkumu přesunul od jednostranného zájmu o negativní psychologické jevy, duševní poruchy a negativní psychické stavy ke zkoumání pozitivních stránek lidského života. Výzkumníky i kliniky začalo mimo to, co člověka oslabuje (patologenetický přístup), zajímat také to, co mu dává sílu a uzdravuje ho (salutogenetický přístup). Tento trend v psychologickém výzkumu je nazýván *pozitivní psychologie* (Křivohlavý, 2004).

Jedním z témat pozitivní psychologie je také duševní pohoda (subjective well-being). Duševní nebo také psychická pohoda je široká kategorie jevů, která zahrnuje emocionální rozpoložení, spokojenost s jednotlivými oblastmi života a souhrnné hodnocení spokojenosti s životem (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Duševní pohoda v sobě zahrnuje jevy, jako jsou spokojenost, štěstí či naděje a je opakem psychického strádání, jakými jsou depresivní a úzkostné stavy, obavy či strach. Koncepce duševní pohody má tak své opodstatnění v klinické psychologii nejen jako indikátor psychického stavu, ale také jako cíl intervence. Tím by neměla být totiž pouze redukce negativních symptomů, ale také podpora a zvyšování životní pohody. Pro kliniky jsou faktory, ovlivňující životní pohodu, velice přínosné, jelikož znalost těchto vlivů může vést k rozpoznání či vytvoření vhodných strategií podporujících pozitivní psychické stavy.

#### 18.1.1 Všímavost a psychická pohoda

V tomto směru má své uplatnění také koncept všímavosti. Rostoucí počet empirických výzkumů dokazuje pozitivní vliv všímavosti na psychickou pohodu (přehled viz Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; Coelho, Canter & Ernst, 2007). Metaanalýza dostupných kontrolovaných studií intervenčních programů založených na kultivaci všímavosti, kterou realizoval Grossman s kolegy (2004), ukázala dobrou hodnotu síly účinku těchto programů na složené skóre životní pohody (Cohenovo  $d=.54$ ).

Všímavost může psychickou pohodu ovlivňovat v zásadě dvěma způsoby. Může ji za prvé zvyšovat redukcí nepříjemných psychických či fyzických příznaků a za druhé podporou těch pozitivních. Mnoho autorů poukazuje na blahodárný vliv všímavosti na zdraví psychické i somatické a na pozitivní psychologické důsledky všímavosti (např. Kabat-Zinn, 1990; Baer, 2003; Brown, Ryan & Creswell, 2007 aj.). Korelační studie dotazníků, měřících všímavost, ukazují negativní korelace mezi všímavostí a rozmanitými negativními symptomy (Brown & Ryan, 2003; Baer, Smith, Hopkins, Krietemeyer & Toney, 2006; Feldman, Hayes, Kumar, Greeson & Laurenceau, 2007). Brown a Ryan (2003) se například ve své studii zaměřili na zkoumání vztahu všímavosti s celou řadou dotazníků, měřících různé aspekty psychické pohody. Vyšší úroveň všímavosti byla spojena s nižšími výsledky na škálách neurotismu, úzkosti, deprese a nepříjemných emocí.

Všímavost však nejen snižuje negativní symptomy, ale podporuje také pozitivní psychické stavy a vlastnosti (jako moudrost či vyrovnanost), které jsou spojovány s duševní pohodou (Kabat-Zinn, 1993). Ve výše zmíněné práci autorů Browna a Ryana (2003) to dokládají pozitivní korelace mezi všímavostí a skóre na škálách příjemných emocí, pozitivní afektivity, životní spokojenosti, sebedůvěry, optimismu a sebeaktualizace. Podobně v dalších

## 18 Vztah mezi všímavostí a životní spokojeností

výzkumech byla prokázána kladná korelace mezi všímavostí a například otevřeností ke zkušenosti či emoční inteligencí (Baer et al., 2006; Feldman, et al., 2007).

Vliv všímavosti na psychickou pohodu můžeme vysvětlit působením na jednotlivé složky duševní pohody, jak je identifikovali Ryffová a Keyes (1995). Ti popsali šest aspektů psychické pohody – sebepřijetí, zvládání prostředí, autonomie, kladné vztahy k lidem, osobní růst a smysl života. Teoretické studie i empirický výzkum popisují vliv všímavosti na všechny tyto dimenze či aspekty životní pohody. První složkou je *sebeapřijetí* (self-acceptance), tedy pozitivní hodnocení sebe sama a minulého života. Přijetí je důležitou složkou všímavosti, s kterou se v terapiích založených na všímavosti explicitně pracuje a rozvíjí se (Hayes, Follette & Linehan, 2004). Všímavost je podle některých autorů při rozvíjení sebepřijetí velmi důležitá (Carson & Langer, 2006). Thompson a Waltzová (2008) například odhalili pozitivní korelaci mezi všímavostí, sebedůvěrou a nepodmíněným sebepřijetím.

Dalšími složkami duševní pohody jsou *zvládání prostředí* (environmental mastery), neboli schopnost účinně ovlivňovat své okolí, a *autonomie* neboli pocit sebeurčení. Všímavost podporuje takové vlastnosti vědomí, jako je jasnost či bdělost, které jsou v protikladu k automatickému, habituálnímu chování. Zvýšením bdělosti se může snížit výskyt a vliv automatických (negativních) myšlenek, návyků a škodlivých vzorců chování, což přispívá k zdravé seberegulaci (Brown & Ryan, 2003). Člověk se cítí být více pánem situace místo toho, aby byl ve vleku svých psychických stavů. Získává tak prostřednictvím všímavosti větší pocit kontroly (Astin, 1997). Otevřená a bdělá pozornost také vytváří prostor pro výběr z alternativ chování, které jsou více v souladu s cíli, hodnotami a zájmy jedince a podporují tak pocit sebeurčení. Jedinci absolující MBSR například vykazují zlepšení pocitu vlastní účinnosti (self-efficacy) a posílenou schopnost přistupovat ke stresovým situacím jako k výzvě spíše než hrozbě (Kabat-Zinn, 1990).

Důležitou složkou duševní pohody jsou také *pozitivní vztahy k druhým lidem*. Někteří autoři popisují pozitivní vliv všímavosti na tuto doménu (Surrey, 2005; Carson, Carson, Gil & Baucom, 2004, 2006). Kabat-Zinn (1993) dokazuje, že všímavost podporuje vzájemné sladění, napojení a blízkost ve vztahu. Výzkumy ukazují, že všímavost podporuje empatii (Shapiro, Schwartz & Bonner, 1998), zvyšuje pocit blízkosti a spojení s druhými lidmi (Brown & Kasser, 2005) a snižuje sociální úzkost (Brown & Ryan, 2003). Pozitivní vliv všímavosti na interpersonální vztahy se také používá v partnerském poradenství, například v podobě programu Zlepšování vztahu rozvíjením všímavosti (MBRE, Mindfulness Based Relationship Enhancement), po jehož absolvování páry vykazovaly větší spokojenost ve vztahu, lepší partnerské přijetí a méně problémů ve vztahu (Carson, Carson, Gil & Baucom, 2004).

Konečně také složka duševní pohody označovaná jako *osobní růst* má styčné body s konceptem všímavosti. Osobní růst znamená mimo jiné otevřenost ke zkušenosti či změnu chování způsobenou větší znalostí sebe sama, což jsou témata úzce spojená také s všímavostí.

### 18.1.2 Životní spokojenost

Výzkumy odhalily dvě komponenty duševní pohody, kterými jsou afektivní složka, *emocionální pohoda* (emotional well-being, dále dělená na příjemné a nepříjemné emoce) a složka kognitivní, představovaná *životní spokojeností* (Pavot & Diener, 1993). Tyto dvě složky nejsou zcela nezávislé, ale přesto se od sebe liší ve změnách v průběhu času či v korelacích s dalšími proměnnými. Poskytují tak komplementární informace o duševní pohodě. Afektivní složka je měřena různými nástroji zachycujícími emoce buď pozitivní (štěstí), či negativní (deprese, úzkost) v průběhu času.



V naší studii jsme se zaměřili na kognitivní komponentu, tedy na životní spokojenost. Ta je podle některých autorů klíčovým indikátorem psychické pohody (Andrews & Withey, 1976). Životní spokojenost je globální hodnocení kvality života založené na jedinečných kritériích každého jedince. Jinými slovy jde o srovnání životních okolností s osobními normami a představami o životě. Ačkoliv lze určit mnohé důležité oblasti lidského života jako zdraví či mezilidské vztahy, každý člověk se liší v tom, jakou váhu jednotlivým oblastem přikládá. Hodnocení životní spokojenosti je založeno na hodnocení života jedince jako celku.

Na kognitivní komponentu psychické pohody, představovanou konceptem životní spokojenosti, jsme se zaměřili především ze tří důvodů. Za prvé byl vztah mezi všímavostí a afektivní složkou psychické pohody potvrzen již v celé řadě výzkumů, a bylo by tedy nadbytečné tento vztah testovat. Na druhou stranu doplňují informace o kognitivní komponentě naše chápání komplexního vztahu mezi všímavostí a psychickou pohodou. Za druhé představuje kognitivní komponenta dlouhodobou složku duševní pohody oproti krátkodobé či epizodické afektivní komponentě. Afektivní složka může být ovlivněna mnoha přechodnými a momentálními faktory, zatímco kognitivní složka je mnohem stabilnější. Za třetí kognitivní komponenta reflektuje spíše vědomé hodnoty a cíle oproti afektivní komponentě, ukazující spíše na podvědomé motivy a vlivy (Pavot & Diener, 1993). Jak zdůrazňuje tzv. třetí vlna kognitivně-behaviorální terapie (přístupy založené na přijetí, acceptance-based approaches), je chování v souladu s vlastními hodnotami adekvátnějším ukazatelem zdravého života než posuzování podle kvality nálad (Hayes, 2004).

Psychologické výzkumy ukazují, že pokud je člověk všímavý, tedy pozorný, bdělý a dokáže být zcela přítomný "tady a teď", vnímá život jako více uspokojující, naplňující a zajímavý. Tato studie je vedena snahou o replikaci výsledků výzkumů potvrzujících tento vztah. Cílem studie je testovat hypotézu, že zvýšená obecná tendence být všímavý v každodenním životě je spojena s vyšší životní spokojeností. Potvrzení této hypotézy by odůvodňovalo využití intervencí zaměřených na rozvíjení všímavosti v psychologické péči.

### 18.2 Hypotézy

H0: Mezi všímavostí a subjektivní životní spokojeností neexistuje žádný vztah.

H1: Zvýšená úroveň všímavosti je spojena s větší životní spokojeností.

### 18.3 Metody

#### 18.3.1 Soubor

K této korelační studii byla využita data získaná od respondentů v rámci Studie 1. Soubor tvořilo 2871 respondentů, z toho 67.2 procenta žen. Věk se pohyboval od 12 do 80 let (průměr = 32, směrodatná odchylka = 10.7).

#### 18.3.2 Měření

Spolu s dotazníkem DPAV měli respondenti za úkol vyplnit krátký *dotazník subjektivní životní spokojenosti* (SWLS, Satisfaction with Life Scale; Pavot & Diener, 1993). SWLS je pětipoložkový dotazník měřící spokojenost s vlastním životem. Položky tvoří obecná tvrzení o spokojenosti s životem jako celkem. Na rozdíl od jiných dotazníků životní spokojenosti tedy

## 18 Vztah mezi všímavostí a životní spokojeností

nehodnotí spokojenost s jednotlivými oblastmi života, ale nechává na respondentovi, aby určil, jakou hodnotu pro něj jednotlivé oblasti života mají.

Test vykazuje dobrou vnitřní konzistenci ( $\alpha = .79 - .89$ ), dobrou test-retestovou reliabilitu ( $r = .50 - .84$ ) a zároveň dobrou senzitivitu, tedy citlivost na změny v průběhu času (například v průběhu terapie). Validita dotazníku byla prokázána v několika výzkumech – konvergenčí s řadou nástrojů měřících subjektivní psychickou pohodu, diskriminací mezi různými skupinami nebo negativními korelacemi s nepříjemnými příznaky, negativními emocemi a psychopatologií (Pavot & Diener, 1993).

### 18.4 Výsledky

Pro výpočet korelace mezi všímavostí měřenou dotazníkem DPAV a životní spokojeností měřenou dotazníkem SWLS jsme použili Spearmanův koeficient korelace.

Korelace mezi jednotlivými škálami a škálou životní spokojenosti jsou uvedeny v tabulce.

Tabulka 18: Korelace mezi výsledky SWLS a škál DPAV

	Celkové skóre	Nereagování	Pozorování	Vědomé jednání	Popisování	Nehodnocení
SWLS	.42**	.30**	.17**	.29**	.25**	.34**

Poznámka: \*\*  $p < .01$

Abychom vyloučili vliv třetí proměnné, zjišťovali jsme nejprve korelace mezi SWLS a relevantními demografickými proměnnými. Výsledky neukázaly žádný vztah mezi SWLS a věkem ( $r = -.021$ ,  $p = .252$ ). Korelace s délkou vzdělání byla sice statisticky významná ( $p < .01$ ), ale síla korelace byla nízká ( $r = .14$ ). Také se neprokázal rozdíl ve skóre životní spokojenosti mezi muži a ženami ( $z = -.247$ ,  $p = .80$ ). Neprokázala se tedy nutnost vypočítávat parciální koeficient korelace, abychom vyloučili vliv těchto proměnných.

Výsledky nás opravňují k zamítnutí nulové hypotézy. Můžeme tedy říci, že mezi všímavostí a životní spokojeností existuje statisticky významná kladná korelace. Velikost této korelace je střední.<sup>8</sup> Pokud se na tyto výsledky díváme z pohledu koeficientu determinace ( $r^2$ ), vysvětluje všímavost pouze 18% variance životní spokojenosti. Je zřejmé, že životní spokojenost je souhrnem vlivu mnoha faktorů (sociologických, psychologických a dalších), tudíž nás tento výsledek nemusí překvapovat.

Zajímavá je pro nás analýza korelace životní spokojenosti s jednotlivými složkami všímavosti tak, jak je ukazují subškály DPAV. Nejsilnější korelace s životní spokojeností jsme zaznamenali u škál nehodnocení a nereagování. Tyto škály mohou být vnímány jako aspekty nebo také operacionalizace komponenty přijetí (acceptance; Baer et al., 2006). Tyto výsledky potvrzují tvrzení mnoha autorů (Kabat-Zinn, 1990; Bishop et al., 2004; Cardaciotto et al., 2008), že podstatnou složkou všímavosti a jedním z důležitých účinných faktorů působících blahodárně na duševní zdraví je postoj nehodnocení či neposuzování toho, co prožíváme. Pokud to, co zažíváme, nehodnotíme na základě mnohdy zkreslených kritérií (viz kognitivní chyby v kognitivně-behaviorální terapii), ale přijímáme to takové, jaké to je, působí to v mnoha směrech pozitivně na duševní pohodu. Snižuje se například emocionální

<sup>8</sup> Podle Cohena je korelace ve společenských vědách mírná při  $r < .3$ , střední při  $r = .3 - .5$  a vysoká  $r > .5$  (Hendl, 2004).

reakce na stresující či negativní události, přesněji reflektujeme realitu, nejsme ve vleku habituálních reakcí, můžeme integrovat vytěšňované části naší zkušenosti apod.

Druhá nejvyšší korelace byla zjištěna se škálou nereagování. Škála nereagování vypovídá o širší perspektivě či odstupu od prožívaného. Tato škála je spojena se zvýšenou tolerancí nepříjemných stavů, na které člověk nemusí ihned automaticky reagovat podle zažitých, často dysfunkčních schémat. Snížení takových automatických reakcí může vést k adekvátnějším behaviorálním odpovědím, a tak zvyšovat životní spokojenost.

Na druhou stranu je zajímavá také nejnižší korelace se škálou pozorování. Jelikož je pozorování důležitým aspektem všímavosti, dala by se očekávat přinejmenším stejně silná korelace jako u ostatních subškál. Nicméně se tento výsledek shoduje s výsledky výzkumu [Baerové a kolegů \(2006\)](#), v kterém tento faktor s proměnnými vztahujícími se k psychické pohodě nekoreloval, anebo byla korelace slabá. Tyto výsledky jsou v souladu s teoretickými i empirickými důkazy pro důležitost postojové (attitudinal) složky všímavosti. Podstatná je u všímavé pozornosti nejen její kvalita (jasnost, bdělost), ale také postoj k tomu, co prožíváme. Můžeme si být například více vědomi určitých osobních psychických pochodů, ale pokud k nim přistupujeme se sebekritikou a odsuzováním, bude to působit na náš duševní stav negativně ([Ingram, 1990](#)). To ostatně potvrzuje výzkum [Watkinse a Teasdala \(2004\)](#), který ukázal, že všímavé sebeuvědomování (mindful self-awareness) je adaptivní, zatímco ruminativní sebeuvědomování nikoliv. Podobně je důležité to, čeho si všímáme. Všímavost je neselektivní pozornost všeho, co se odehrává. Oproti tomu zvýšená pozornost jen určitých jevů (nepříjemných emocí či myšlenek), může být škodlivá.

Tomu nasvědčuje také téměř nulová korelace mezi škálou nehodnocení a pozorování ( $r = -.01$ ,  $p = .71$ ). Ostatní škály spolu středně silně korelují ( $r = .29 - .41$ ,  $p < .01$ ), což nasvědčuje tomu, že jsou všechny součástí společného konstruktů všímavosti. Oproti tomu se škála pozorování tomuto trendu poněkud vymyká. Nulová korelace subškály pozorování s ostatními subškálami ukazuje na to, že míra, do jaké jsme pozorní k tomu, co se právě odehrává (škála pozorování), nesouvisí s tím, jaký postoj k tomu zaujímáme.

#### 18.4.1 Inkrementální validita složek všímavosti při predikci SWLS

Abychom zjistili, zda jednotlivé škály DPAV fungují jako nezávislé prediktory SWLS, provedli jsme regresní analýzu. Výsledky regresní analýzy jsou v tabulce.

**Tabulka 19: Regresní analýza zobrazující predikci SWLS aspekty všímavosti.**

	B	SE	Beta	Sig.
Popisování	.08	.02	.09	0.00
Pozorování	.09	.02	.09	0.00
Vědomé jednání	.10	.02	.09	0.00
Nereagování	.21	.02	.16	0.00
Nehodnocení	.21	.02	.23	0.00

Všechny škály se ukázaly být statisticky významnými prediktory SWLS. Souhrnně se podílejí na varianci SWLS ( $r^2$ ) 19 procenty. Z tabulky je také patrná nejvyšší hodnota predikce u škál nereagování a nehodnocení, což je konzistentní s argumenty popsány výše. Jinými slovy tyto výsledky potvrzují inkrementální validitu subškál dotazníku DPAV.

### **18.5 Diskuse**

Podobně jako u předchozích studií musíme upozornit na to, že soubor není zcela reprezentativní. Vysoký počet respondentů zaručuje ve výpočtech korelace statisticky významné výsledky, které však nemusí být nutně také psychologicky významné. Při interpretaci výsledků musíme být v tomto směru opatrní.

## 19 Srovnání všímavosti u klinické a neklinické populace

### 19.1 Úvod

V teoretické části jsme se podrobně zaměřili na klinické využití všímavosti při léčbě celé řady psychických poruch. Popsali jsme terapeutické přístupy založené na rozvíjení všímavosti, účinné terapeutické faktory i specifické procesy působící v léčbě konkrétních poruch.

Výzkumníci i kliničtí pracovníci různých teoretických zaměření potvrzují pozitivní vliv všímavosti na duševní zdraví (Kabat-Zinn, 1990; Brown, Ryan & Creswell, 2007; Baer, 2003; Hayes, Follette & Linehan, 2004; Orsillo & Roemer, 2005; Germer, Siegel & Fulton, 2005; Baer, 2006; Didonna, 2009 a jiní). Také metaanalýzy výzkumů všímavosti potvrzují účinnost intervencí založených na všímavosti (Bishop, 2002; Baer, 2003; Grossman, Niemann, Schmidt & Walach, 2004; Ma & Teasdale, 2004; Coelho, Canter & Ernst, 2007).

Všechny tyto a desítky dalších prací tedy potvrzují souvislost všímavosti a duševního zdraví. Většina nám známých výzkumů se zaměřila na srovnání vlivu nácviku všímavosti na určité aspekty psychických poruch v pre-post experimentálním designu, tedy měřením relevantních proměnných před a po intervenci ve srovnání s kontrolní skupinou. Nás oproti tomu zajímala otázka, zda vůbec existuje rozdíl mezi lidmi trpícími psychickou poruchou a běžnou, zdravou populací.

Tuto část naší empirické práce jsme proto zaměřili na potvrzení hypotézy, že vyšší míra všímavosti souvisí s nižší patologií. Rozhodli jsme se testovat, zda existuje rozdíl v úrovni všímavosti u klinické populace, tedy lidí trpících nějakou formou psychopatologie, a mezi běžnou, zdravou populací. Případný rozdíl všímavosti by potvrzoval souvislost mezi všímavostí a psychopatologií. Tato souvislost může být obousměrná, tedy že psychické poruchy narušují schopnost všímavosti, a zároveň že nízká míra všímavosti je zdrojem některých projevů psychických onemocnění. Každopádně by to naznačovalo možnost využití tohoto vzájemného působení a rozvojem všímavosti působit na patologické duševní procesy.

### 19.2 Hypotézy

H0: Úroveň všímavosti je stejná u klinické populace jako u populace neklinické

H1: Úroveň všímavosti je u obou populací rozdílná

### 19.3 Metody

#### 19.3.1 Soubor

Běžná populace. Do této skupiny jsme zařadili respondenty ze standardizační studie. Počet respondentů v této skupině je 2864, z toho 67% žen ( $n=1921$ ) a 33% mužů ( $n=943$ ). Průměrný věk v této skupině činil 32.02 roku se směrodatnou odchylkou 10.76. Počet let vzdělání pak měl průměr  $M=15.9$ ,  $SD=3.5$ .

Klinická populace. Respondenty pro tuto skupinu jsme získali na dvou klinických pracovištích – v rámci denního stacionáře Psychiatrického centra Praha a na psychoterapeutickém pavilonu 3 Psychiatrické léčebny Praha – Bohnice. Tímto způsobem



## 19 Srovnání všímavosti u klinické a neklinické populace

jsme získali 25 dotazníků od pacientů s různou formou psychopatologie. V rámci stacionáře PCP se jednalo o 9 pacientů s afektivními a neurotickými poruchami a s poruchami osobnosti (depresivní porucha, generalizovaná úzkostná porucha, panická porucha, obsedantně-kompulzivní porucha, sociální fobie, emočně labilní porucha osobnosti a další). V PL Bohnice dotazník vyplnilo 16 pacientů. Rozmanitost diagnóz byla značná, ale především se jednalo také o poruchy nálad, úzkostné poruchy a poruchy osobnosti.

V klinickém souboru bylo 52% mužů (n=13) a 48% žen (n=12). Průměrný věk v této skupině byl 37,36 roku se směrodatnou odchylkou 12,82. Průměrná délka vzdělání byla 12,6 roku se směrodatnou odchylkou 4,24.

### 19.3.2 Měření

Shodné dotazníky, kterými jsme oslovili respondenty pro získání dat v rámci standardizační studie, jsme rozdali na dvou klinických pracovištích. Pacienti v těchto zařízeních byli požádáni o vyplnění dotazníku a jako motivace byla nabídnuta tištěná verze výsledků a jejich interpretací. Vyplnění bylo dobrovolné. Návratnost dotazníků byla 100% ve stacionáři PCP a 50% na oddělení PL Bohnice.

## 19.4 Výsledky

Nejdříve jsme si pro vytvoření představy o charakteristikách obou skupin provedli výpočet základních statistických ukazatelů.

**Tabulka 20: Deskriptivní statistika souboru běžné populace (n = 2864)**

	M	SD	Medián	Min	Max	S1 <sup>a</sup>	S2 <sup>b</sup>
HS pozorování	28,10	5,44	29	8	40	-0,41	0,01
HS popisování	29,20	6,29	30	8	40	-0,40	-0,31
HS vědomé jednání	26,95	5,30	27	8	40	-0,16	-0,22
HS nehodnocení	28,39	6,44	28	8	40	-0,20	-0,65
HS nereagování	22,17	4,43	22	8	35	0,12	-0,06
HS celkové	134,81	17,72	134	80	195	0,08	-0,13

a) standardní chyba = .046, b) standardní chyba = .091

**Tabulka 21: Deskriptivní statistika souboru klinické populace (n = 25)**

	M	SD	Medián	Min	Max	S1 <sup>a</sup>	S2 <sup>b</sup>
HS pozorování	25,92	5,49	27	17	36	0,03	-0,91
HS popisování	22,72	6,92	22	12	37	0,49	-0,45
HS vědomé jednání	22,24	6,31	22	10	37	0,17	0,01
HS nehodnocení	19,60	5,23	18	12	33	0,93	0,66
HS nereagování	19,24	3,91	19	13	31	0,85	2,18
HS celkové	109,72	16,10	111	82	151	0,38	0,35

a) standardní chyba = .464, b) standardní chyba = .902

Poznámka: M = průměr, SD = směrodatná odchylka, Min = minimální hodnota, Max = maximální hodnota, S1 = koeficient špičatosti, S2 = koeficient zešíkmení

Při statistické analýze rozdílů mezi skupinami jsme spočítali Cohenovo  $d$ , které umožňuje srozumitelnou interpretaci rozdílů. Cohenovo  $d$  je poměrem rozdílu průměrů obou skupin a váženou směrodatnou odchylkou, vypočítanou ze standardních odchylek obou skupin. Cohenovo  $d$  velikosti jedna znamená, že průměr jednoho souboru je o jednu směrodatnou odchylku odlišný od druhého souboru. Podle Cohena je hodnota  $d$  v sociálních vědách v rozmezí 0.2 – 0.3 považována za malý efekt účinku, hodnoty kolem 0.5 za střední a hodnoty nad 0.8 za vysoký efekt účinku (Hendl, 2004). Efekt účinku v tomto případě znamená významnost rozdílu mezi oběma skupinami.

Pro testování hypotézy odlišnosti průměrů obou skupin jsme použili Wilcoxonův a Mannův-Whitneyho neparametrický test pro dva nezávislé výběry.

Výsledky této analýzy uvádíme v následující tabulce.

**Tabulka 22: Srovnání běžné a klinické populace na škálách dotazníků DPAV**

	Běžná populace		Klinická populace		$M_2 - M_1$	Vážená standardní chyba	Cohenovo $d$	Mann-Whitney $U$	$Z$	$p$
	$M_1$	$SD_1$	$M_2$	$SD_2$						
HS pozorování	28,10	5,44	25,92	5,49	-2,18	7,21	-0,40	27538	-1,99	0,05
HS popisování	29,20	6,29	22,72	6,92	-6,48	7,86	-1,03	17251	-4,47	0,00
HS vědomé jednání	26,95	5,30	22,24	6,31	-4,71	7,09	-0,88	20085	-3,79	0,00
HS nehodnocení	28,39	6,44	19,60	5,23	-8,79	7,98	-1,37	10561	-6,08	0,00
HS nereagování	22,17	4,43	19,24	3,91	-2,93	6,62	-0,63	21328	-3,49	0,00
HS celkové	134,81	17,72	109,72	16,10	-25,09	18,33	-1,42	10316	-6,14	0,00

Výsledky nás opravňují k zamítnutí nulové hypotézy o stejné míře všímavosti obou skupin. Klinická populace se od běžné populace lišila v celkovém skóre o 1.42 vážené směrodatné odchylky, což je velmi výrazný rozdíl, a to na hladině významnosti menší než 0.001. Podobně je statisticky významný rozdíl mezi oběma výběry ve čtyřech subškálách na hladině menší než 0.001 a na hladině menší než 0.05 u subškály pozorování. Cohenovo  $d$  se pak v subškálách pohybuje od 0.4 do 1.37. U škály pozorování je rozdíl malý ( $d=0.4$ ), u subškály nereagování střední ( $d=0.63$ ) a u subškál vědomého jednání, popisování a nehodnocení vysoký ( $d=0.88$ , 1.03 a 1.37).

Rozdíl obou skupin v celkovém skóre je opravdu velice výrazný. Jednoznačně to ukazuje, že lidé trpící nějakou formou psychopatologie mají výrazně nižší schopnost všímavosti. Jak jsme již naznačili v úvodu, může být kauzální působení obousměrné. Na jedné straně může samotné onemocnění zabraňovat všímavosti negativním působením na psychické procesy podílející se na všímavosti, jako jsou pozornost a vědomí, myšlení apod. Depresivní pacient může být například kvůli neustálým ruminacím nevšímavý k tomu, co se děje právě teď a zaujímá k sobě kritický postoj. Na druhou stranu může být nedostatečná všímavost jedním z činitelů podílejících se na rozvoji patologie.

Pohled na rozdíly v jednotlivých subškálách ukazuje, že nejvíce se obě skupiny liší na škále nehodnocení ( $d=1.37$ ,  $p < 0.001$ ). Potvrzuje to názory většiny autorů (např. [Kabat-Zinn, 1990](#); [Cardaciotto et al., 2008](#)), že postojová složka všímavosti je klíčová pro dosažení terapeutického efektu. Také korelační studie [Baerové a kolegů \(2006\)](#) zjistila významnou negativní korelaci mezi touto subškálou a symptomy psychopatologie. Zkreslené hodnocení, zvýšený kritický postoj, odmítání a vyhýbání se určitým zážitkům, tedy některé z projevů nízké úrovně nehodnotící komponenty všímavosti, vytváří a udržuje patologické procesy.

## 19 Srovnání všímavosti u klinické a neklinické populace

V mnoha případech může zvýšené uvědomění spojené s negativním, kritickým postojem, mít za následek řadu škodlivých psychologických důsledků (Ingram, 1990).

Další subškálou, v níž se oba výběry výrazně lišily, je škála popisování ( $d = 1.03$ ,  $p < 0.001$ ). Tato subškála je spojovaná se schopností popisovat své emoce a koreluje pozitivně s emocionální inteligencí a negativně s alexithymií (Baer et al., 2006). Jelikož se psychopatologie často projevuje sníženým náhledem a neporozuměním vlastním emocím, není tento rozdíl natolik překvapivý.

Velký rozdíl mezi oběma skupinami byl také na škále vědomého jednání ( $d = 0.88$ ,  $p < 0.001$ ). Tato škála zachycuje schopnost jedince plně se vědomě věnovat tomu, co právě dělá. Opakem toho je automatické chování, při kterém je člověk „duchem nepřítomný“ a v hlavě se zaobírá starostmi, plány, vzpomínkami apod. (vede tzv. vnitřní monolog). Vyjadřuje také angažování se v automatickém jednání a bezmyšlenkovité chování. Toto je častým znakem mnoha duševních poruch. Depresivní pacienti často přemýšlejí o svém stavu a nevěnují pozornost okolí, neurotičtí pacienti často vykonávají kompulzivní činnosti za účelem snížení úzkosti.

Na druhé straně je nejmenší, i když stále statisticky významný rozdíl ( $d = 0.4$ ,  $p < 0.05$ ) na škále pozorování, což je také zajímavé zjištění. Komponenta pozorování je důležitou složkou všímavosti. Někteří autoři (např. Brown & Ryan, 2003) dokonce považují receptivní uvědomování, které je především zachycené touto subškálou, za jedinou komponentu všímavosti (postojová komponenta je podle nich nadbytečná). Podle našich zjištění však, přinejmenším co se týče psychopatologie, nehraje takovou roli jako postojová komponenta představovaná subškálami nehodnocení či nereagování.

### 19.5 Diskuse

Jistým metodologickým nedostatkem tohoto výzkumu je nejednostnost diagnóz u klinického souboru. U každé poruchy fungují jiné mechanismy působení všímavosti a některé aspekty jsou důležitější než jiné. Lepší a empiricky hodnotnější by bylo porovnávat konkrétní, jasně definované diagnostické skupiny. Vzhledem k malému počtu respondentů to však nebylo možné.

## 20 Shrnutí

Naše práce se věnovala využití všímavosti v klinickém prostředí jako prostředek léčby duševních poruch. V teoretické části jsme se nejdříve věnovali historickému pozadí a rozdílným teoretickým přístupům k tomuto konceptu. Popsali jsme odlišné konceptualizace a definice všímavosti a na základě tohoto přehledu jsme vytvořili vlastní definici všímavosti. Naše definice vychází z klinicko-psychologické konceptualizace všímavosti, a je postavena na dvousložkovém pojetí všímavosti s komponentou uvědomování a s postojovou komponentou. Všímavost definujeme jako nekonceptuální a jasné uvědomování si a pozorování proudu intrapsychických a senzorických podnětů, odehrávající se v přítomném okamžiku s postojem přijetí, nehodnocení a otevřenosti. V další části jsme popsali jednotlivé aspekty a vlastnosti všímavosti, předložili jsme nálezy výzkumů hledajících neurální koreláty všímavosti a snažili jsme se také zachytit vývojově-psychologické souvislosti všímavosti.

V teoretické části jsme se dále věnovali samotnému klinickému využití všímavosti. Popsali jsme způsoby zapojení všímavosti do léčby duševních poruch a terapeutické přístupy založené na jejím rozvíjení. Na základě publikovaných výzkumů a teoretických prací jsme se pokusili vytvořit ucelený přehled účinných terapeutických faktorů všímavosti. Dále se věnujeme aplikaci všímavosti u konkrétních poruch a u různých klinických populací.

V poslední části jsme se zaměřili na metody měření všímavosti a uvedli jsme zde kompletní přehled do současnosti publikovaných dotazníků všímavosti a také performačních testů.

V empirické části diplomové práce jsme realizovali řadu čtyř navazujících studií zaměřených na pochopení vztahu všímavosti a některých psychologických proměnných. V první části jsme provedli standardizaci dotazníku Pět aspektů všímavosti (DPAV) na českou populaci. Na základě odpovědí 2871 respondentů jsme provedli ověření psychometrických vlastností dotazníku a vytvořili normy pro českou populaci. Test vykazoval dobrou reliabilitu (0.91) i vnitřní konzistenci (0.9). Součástí byly také exploratorní a konfirmatorní faktorová analýza, které potvrdily platnost pěti faktorové struktury dotazníku.

V druhé části jsme sledovali vztah všímavosti a některých demografických proměnných. Výsledky ukázali statisticky významnou, i když mírnou, korelaci mezi všímavostí (měřenou dotazníkem DPAV) a věkem respondenta ( $r = 0.21$ ,  $p < 0.001$ ). Také všechny subškály dotazníku, představující jednotlivé komponenty všímavosti, korelovaly statisticky významně s věkem v rozmezích  $r = 0.08 - 0.21$  ( $p < 0.001$ ). V celkovém skóre všímavosti nebyl zjištěn rozdíl mezi muži a ženami. V jednotlivých subškálách se však obě pohlaví lišily a to v subškálách nereagování a pozorování na hladině významnosti  $p < 0.001$  a v subškálách popisování a nehodnocení na hladině  $p < 0.05$ . Korelace mezi všímavostí a vzděláním byly zjištěny sice statisticky významné, ale pouze slabé ( $r = 0.11$ ,  $p < 0.001$ ). Zajímavé výsledky přineslo sledování míry všímavosti u různých profesí. Lidé vykonávající technické profese skórovali v dotazníku významně méně než zbytek populace. Na druhou stranu pomáhající profese skórují statisticky významně více. Psychoterapeuti skórovali o více jak 1.2 vážené směrodatné odchylky více než zbytek populace ( $p < 0.001$ ). To koresponduje s názorem o možnostech využití všímavosti ve výcviku terapeutů. Výsledky tak naznačují, že existuje souvislost mezi vykonávanou profesí a mírou všímavosti.

V další části jsme se zaměřili na testování hypotézy o souvislosti všímavosti a životní spokojenosti (kognitivní složky duševní pohody). Tato hypotéza byla potvrzena. Všímavost korelovala s životní spokojeností s koeficientem  $r = 0.42$ ,  $p < 0.001$ . Také všechny subškály DPAV vykazovaly signifikantní korelace s životní spokojeností ( $r = 0.17 - 0.34$ ,  $p < 0.001$ ).

V poslední části jsme testovali hypotézu rozdílu všímavosti mezi klinickou a běžnou, neklinickou populací. Oba soubory se statisticky významně lišily jak v celkovém skóre všímavosti ( $Z = -6.14$ ,  $p < 0.001$ ), tak ve skórech všech subškál ( $Z = -1.99$  -  $-6.08$ ,  $p < 0.05$ ). Výsledky tak potvrzují hypotézu, že míra všímavosti je u lidí s duševní poruchou nižší.

Zajímavé byly výsledky u subškály nehodnocení, která měří zaujetí nehodnotícího a otevřeného postoje k vlastním myšlenkám a pocitům. Ze všech subškál nejsilněji korelovala s životní spokojeností ( $r = 0.34$ ,  $p < 0.01$ ) a také se v této subškále od sebe nejvíce lišily klinická a běžná populace (Cohenovo  $d = 1.37$ ,  $Z = -6.08$ ,  $p < 0.001$ ). Tyto výsledky potvrzují klíčovou roli této komponenty ve vztahu mezi všímavostí a duševním zdravím.



## Použitá literatura

- AMOS (2006). *AMOS 7.0*. Chicago: SPSS, Inc.
- Aiken, G. A. (2006). The potential effect of mindfulness meditation on the cultivation of empathy in psychotherapy. PhD Thesis, Saybrook Graduate School and Research Center, San Francisco, California.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home*. Hillsdale: Erlbaum.
- Alexander, F. (1931). Buddhist training as an artificial catatonia. *Psychoanalytic review*, Vol. 2, s.129-145.
- Allman, J. M., Hakeem, A., Erwin, J. M., Nimchinsky, E. & Hof, P. (2001). The anterior cingulate cortex. The evolution of an interface between emotion and cognition. *Annals New York Academy of Science*, Vol. 935, s.107-117.
- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V. & Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-Based Stress Reduction and attentional control. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, Vol. 14 (6), s.449-463.
- Assagioli, R. (1965). *Psychosynthesis: A manual of principles and techniques*. New York: Hobbs & Dorman.
- Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation: Effects on psychological symptomatology, sense of control, and spiritual experiences. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 66 (2), s.97-106.
- Austin, J. H. (1998). *Zen and the brain: Toward an understanding of meditation and consciousness*. Cambridge: MIT Press.
- Baer, R. A. & Krietemeyer, J. (2006). Overview of mindfulness- and acceptance-based treatment approaches. In: Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (s.3-27). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 10 (2), s.125-143.
- Baer, R. A. (Ed.) (2006). *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. San Diego: Elsevier Academic Press.
- Baer, R. A., Fischer, S. & Huss, D. B. (2005). Mindfulness and acceptance in the treatment of disordered eating. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, Vol. 23 (4), s.281-300.
- Baer, R. A., Smith, G. T. & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory Of Mindfulness Skills. *Assessment*, Vol. 11 (3), s.191-206.
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J. & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, Vol. 13 (1), s.27-45.
- Baer, R. A., Walsh, E. & Lykins, E. L. B. (2009). Assessment of mindfulness. In: Didonna, F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. (s.153-168). New York: Springer.
- Baerentsen, K. B., Hartvig, N. V., Stodkilde-Jorgensen, H. & Mammen, J. (2001). Onset of meditation explored with fMRI. *Neuroimage*, Vol. 13, s.S297.
- Bach, P. A. & Hayes, S. C., The use of Acceptance and Commitment Therapy to prevent the rehospitalization of psychotic patients: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 70 (5), s.1129-1139.

- Bach, P. A., Gaudiano, B., Pankey, J., Herbert, J. D. & Hayes, S. C. (2006). Acceptance, mindfulness, values, and psychosis: Applying Acceptance and Commitment Therapy (ACT) to the chronically mentally ill. In: Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (s.93-116). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Barnes, S., Brown, K. W., Krusemark, E., Campbell, W. K. & Rogge, R. D. (2007). The role of mindfulness in romantic relationship satisfaction and responses to relationship stress. *Journal of Marital & Family Therapy*, Vol. 33 (4), s.482-500.
- Barnhofer, Th. & Crane, C. (2009). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression and suicidality. In: Didonna, F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. (s.221-243). New York: Springer.
- Barnhofer, Th., Duggan, D., Crane, C., Hepburn, S., Fennell, M. J. V. & Williams, J. M. G. (2007). Effects of meditation on frontal  $\alpha$ -asymmetry in previously suicidal individuals. *Neuroreport*, Vol. 18 (7), s.709-712.
- Becker, C. & Zayfert, C. (2001). Integrating DBT-based techniques and concepts to facilitate exposure treatment for PTSD. *Cognitive and Behavioral Practice*, Vol. 8 (2), s.107-122.
- Beitel, M., Ferrer, E. & Cecero, J. J. (2005). Psychological mindedness and awareness of self and others. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 61 (6), s.739-750.
- Beitman, B. D. & Soth, A. M. (2006). Activation of self-observation: A core process among the psychotherapies. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 16 (4), s.383-397.
- Benda, J. (2007a). Všímavost v psychologickém výzkumu a v klinické praxi. *Ceskoslovenska Psychologie*, Vol. 51 (2), s.129-140.
- Benda, J. (2007b). Využití všímavosti v psychoterapii klientů s psychotickými symptomy. Projekt disertační práce. Univerzita Karlova Praha, Filozofická fakulta, katedra psychologie.
- Bentler, P. M. (1990). Comparative fit indexes in structural models. *Psychological Bulletin*, Vol. 107 (2), s. 238-246.
- Bien, T. (2009). Paradise lost: Mindfulness and addictive behavior. In: Didonna, F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. (s.289-297). New York: Springer.
- Bishop, S. R., What do we really know about Mindfulness-Based Stress Reduction? *Psychosomatic Medicine*, Vol. 64 (1), s.71-83.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, Sh., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Specia, M., Velting, D. & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 11 (3), s.230-241.
- Block-Lerner, J., Adair, C., Plumb, J. C., Rhatigan, D. L. & Orsillo, S. M. (2007). The case for mindfulness-based approaches in the cultivation of empathy: Does nonjudgmental, present-moment awareness increase capacity for perspective-taking and empathic concern? *Journal of Marital & Family Therapy*, Vol. 33 (4), s.501-516.
- Block-Lerner, J., Salters-Pedneault, K. & Tull, M. T. (2005). Assessing mindfulness and experiential acceptance: Attempts to capture inherently elusive phenomena. In: Orsillo, S. M. & Roemer, L. (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. (s.71-99). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Bogels, S. M., Sijbers, G. F. V. M. & Voncken, M. (2006). Mindfulness and task concentration training for social phobia: A pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, Vol. 20 (1), s.33-44.

- Borkovec, T. D., & Sharpless, B. (2004). Generalized Anxiety Disorder: Bringing Cognitive Behavioral Therapy into the valued present. In: Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. (s.209 - 242). New York, NY, US: Guilford Press.
- Bowen, S., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Chawla, N., Simpson, T. L., Ostafin, B. D., Larimer, M. E., Blume, A. W., Parks, G. A. & Marlatt, G. A. (2006). Mindfulness meditation and substance use in an incarcerated population. *Psychology of Addictive Behaviors*, Vol. 20 (3), s.343-347.
- Brefczynski-Lewis, J. A., Lutz, A., Schaefer, H. S., Levinson, D. B. & Davidson, R. J. (2007). Neural correlates of attentional expertise in long-term meditation practitioners. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the USA*, Vol. 104 (27), s.11483-11488.
- Breslin, F. C., Zack, M. & McMain, Sh., An information-processing analysis of mindfulness: Implications for relapse prevention in the treatment of substance abuse. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 9 (3), s.275-299.
- Broderick, P. C. (2005). Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 29 (5), s.501-510.
- Brotto, L. A. & Heiman, J. R. (2007). Mindfulness in sex therapy: Applications for women with sexual difficulties following gynecologic cancer. *Sexual and Relationship Therapy*, Vol. 22 (1), s.3-11.
- Brotto, L. A., Heiman, J. R., Goff, B., Greer, B., Lentz, G. M., Swisher, E., Tamimi, H. & VanBlaricom, A. (2008). A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Archives of Sexual Behavior*, Vol. 37 (2), s.317-329.
- Brown, D., Forte, M. & Dysart, M. (1984). Visual sensitivity and mindfulness meditation. *Perceptual and Motor Skills*, Vol. 58 (3), s.775-784.
- Brown, K. & Ryan, R. M. (2004). Perils and promise in defining and measuring mindfulness: Observations from experience. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 11 (3), s.242-248.
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 84 (4), s.822-848.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*, Vol. 18 (4), s.211-237.
- Bush, G., Luu, P. & Posner, M. I. (2000). Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in Cognitive Sciences*, Vol. 4 (6), s.215-222.
- Cahn, R. B. & Polich, J. (2006). Meditation states and traits: EEG, ERP, and neuroimaging studies. *Psychological Bulletin*, Vol. 132 (2), s.180-211.
- Cardaciotto, L. (2005). Assessing mindfulness: The development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Vol 66(6-B), s.3399.
- Cardaciotto, L., Herbert, J. D., Forman, E. M., Moitra, E. & Farrow, V. (2008). The assessment of present-moment awareness and acceptance: The Philadelphia Mindfulness Scale. *Assessment*, Vol. 15 (2), s.204-223.
- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D. & Goodey, E. (2003). Mindfulness-Based Stress Reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress, and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 65 (4), s.571-581.

- Carlson, L. E., Speca, M., Patel, K. D. & Goodey, E. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction in relation to quality of life, mood, symptoms of stress and levels of cortisol, dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) and melatonin in breast and prostate cancer outpatients. *Psychoneuroendocrinology*, Vol. 29 (4), s.448-474.
- Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Speca, M. (2001). The effects of a mindfulness meditation based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, Vol. 9, s.112-123.
- Carmody, J. & Baer, R. A. (2008). Relationships between mindfulness practice and levels of mindfulness, medical and psychological symptoms and well-being in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 31 (1), s. 23-33.
- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M. & Baucom, D. H. (2004). Mindfulness-based relationship enhancement. *Behavior Therapy*, Vol. 35 (3), s.471-494.
- Carson, J. W., Carson, K. M., Gil, K. M. & Baucom, D. H. (2006). Mindfulness-based relationship enhancement (MBRE) in couples. In: Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (s.309-331). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Carson, Sh. H. & Langer, E. J. (2006). Mindfulness and self-acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, Vol. 24 (1), s.29-43.
- Carter, O. L., Presti, D. E., Callistemon, C., Ungerer, Y., Liu, G. B. & Pettigrew, J. D. (2005). Meditation alters perceptual rivalry in Tibetan Buddhist monks. *Current Biology*, Vol. 15 (11), s.R412 - R415.
- Coelho, H. F., Canter, P. H. & Ernst, E. (2007). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 75 (6), s.1000-1005.
- Coffman, S. J., Dimidjian, S. & Baer, R. A. (2006). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for prevention of depressive relapse. In: Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (s.31-50). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Craig, A. D. (2009). How do you feel—now? The anterior insula and human awareness. *Nature Reviews Neuroscience*, Vol. 10 (1), s.59-70.
- Creswell, J. D., Way, B. M., Eisenberger, N. I. & Lieberman, M. D. (2007). Neural correlates of dispositional mindfulness during affect labeling. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 69 (6), s.560-565.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper & Row.
- Csikszentmihalyi, M. (1999). If we are so rich, why aren't we happy? *American Psychologist*, Vol. 54 (10), s.821-827.
- Dahl, J. & Lundgren, T. (2006). Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the treatment of chronic pain. In: Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (s.285-306). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K. & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 65 (4), s.564-570.
- Davis, L. W., Strasburger, A. M. & Brown, L. F. (2007). Mindfulness: An intervention for anxiety in schizophrenia. *Journal of Psychosocial Nursing & Mental Health Services*, Vol. 45 (11), s.23-29.

- Deatherage, G. (1975). The clinical use of "mindfulness" meditation techniques in short-term psychotherapy. *Journal of Transpersonal Psychology*, Vol. 7 (2), s.133-143.
- Deikman, A. (1982). *Observing self: Mysticism and psychotherapy*. Boston: Beacon Press.
- Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S. & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skills and interpersonal behaviour. *Personality and Individual Differences*, Vol. 44 (5), s.1235-1245.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E. & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, Vol. 125 (2), s. 276-302.
- Didonna, F. (Ed.) (2009). *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer.
- Dunn, B. R., Hartigan, J. A. & Mikulas, W. L. (1999). Concentration and mindfulness meditations: Unique forms of consciousness? *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, Vol. 24 (3), s.147-165.
- Ellis, A. (2006). Rational Emotive Behavior Therapy and the Mindfulness Based Stress Reduction training of Jon Kabat-Zinn. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, Vol. 24 (1), s.63-78.
- Epstein, M. (1995). *Thoughts without a thinker: Psychotherapy from a Buddhist perspective*. New York: Basic Books.
- Erickson, E. H., *Dětství a společnost*. Praha: Argo.
- Fairfax, H. (2008). The use of mindfulness in Obsessive Compulsive Disorder: Suggestions for its application and integration in existing treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Vol. 29 (3), s.177-190.
- Feldman, G., Hayes, A., Kumar, S., Greeson, J. & Laurenceau, J. (2007). Mindfulness and emotion regulation: The development and initial validation of the Cognitive and Affective Mindfulness Scale-Revised (CMS-R). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol. 29 (3), s.177-190.
- Fenigstein, A., Scheier, M. F. & Buss, A. H. (1975). Public and private self-consciousness: Assessment and theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 43 (4), s.522-527.
- Fletcher, L. & Hayes, S. C. (2005). Relational Frame Theory, Acceptance and Commitment Therapy, and a functional analytic definition of mindfulness. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, Vol. 23 (4), s.315-336.
- Follette, V. M. & Vijay, A. (2009). Mindfulness for trauma and Posttraumatic Stress Disorder. In: Didonna, F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. (s.299-317). New York: Springer.
- Follette, V. M., Palm, K. M. & Rasmussen-Hall, M. L. (2004). Acceptance, mindfulness, and trauma. In: Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. (s.192-208). New York, NY, US: Guilford Press.
- Follette, V., Palm, K. M. & Pearson, A. N. (2006). Mindfulness and trauma: Implications for treatment. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, Vol. 24 (1), s.45-61.
- Fontana, D. (1998). *Kniha meditačních technik*. Praha: Portál.
- Fresco, D. M., Segal, Z. V., Buis, T. & Kennedy, S. (2007). Relationship of posttreatment decentering and cognitive reactivity to relapse in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 75 (3), s.447-455.
- Freud, S. (1930). *Civilization and its discontents*. London: Hogarth.
- Frýba, M. (2003). *Umění žít šťastně*. Praha: Argo.
- Frýba, M. (2008). *Psychologie zvládání života*. Boskovice: Albert.



- Fulton, P. R. & Siegel, R. D. (2005). Buddhist and Western psychology: Seeking common ground. In: Germer, Ch. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. (s.28-51). New York, NY, US: Guilford Press.
- Fulton, P. R. (2005). Mindfulness as clinical training. In: Germer, Ch. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. (s.55-72). New York, NY, US: Guilford Press.
- Gaudiano, B. A. & Herbert, J. D. (2006a). Acute treatment of inpatients with psychotic symptoms using Acceptance and Commitment Therapy: Pilot results. *Behaviour Research & Therapy*, Vol. 44 (3), s.415-437.
- Gaudiano, B. A. & Herbert, J. D. (2006b). Believability of hallucinations as a potential mediator of their frequency and associated distress in psychotic inpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, Vol. 34 (4), s.497-502.
- Germer, Ch. K. (2005a). Mindfulness: What is it? What does it matter? In: Germer, Ch. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. (s.3-27). New York, NY, US: Guilford Press.
- Germer, Ch. K. (2005b). Teaching mindfulness in therapy. In: Germer, Ch. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. (s.113-129). New York, NY, US: Guilford Press.
- Germer, Ch. K. (2005c). Anxiety disorders: Befriending fear. In: Germer, Ch. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. (s.152-172). New York, NY, US: Guilford Press.
- Germer, Ch., Siegel, R., & Fulton, P. (Eds.). (2005). *Mindfulness and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Godman, T. A. & Greenland, S. K. (2009). Mindfulness with children: Working with difficult emotions. In: Didonna, F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. (s.417-429). New York: Springer.
- Goldenberg, D. L., Kaplan, K. H., Nadeau, M. G., Brodeur, C., Smith, S. & Schmid, C. H. (1994). A controlled study of a stress-reduction, cognitive-behavioral treatment program in fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, Vol. 2, s.53-66.
- Goldstein, J. & Kornfield, J., (1997). *Hledání srdce moudrosti*. Praha: Alternativa.
- Goleman, D. (1981). Buddhist and Western psychology: Some commonalities and differences. *Journal of Transpersonal Psychology*, Vol. 13 (2), s.125-136.
- Goodman, T. A. (2005). Working with children: Beginners mind. In: Germer, Ch. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. (s.197-219). New York, NY, US: Guilford Press.
- Gratz, K. L., Tull, M. T. & Wagner, A. W. (2005). Applying DBT mindfulness skills to the treatment of clients with anxiety disorders. In: Orsillo, S. M. & Roemer, L. (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. (s.147-161). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Greco, L. A., Blackledge, J. T., Coyne, L. W. & Ehrenreich, J. (2005). Integrating acceptance and mindfulness into treatments for child and adolescent anxiety disorders: Acceptance and Commitment Therapy as an example. In: Orsillo, S. M. & Roemer, L. (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. (s.301-322). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Grepmaier, L., Mitterlehner, F., Loew, Th. & Nickel, M. (2007). Promotion of mindfulness in psychotherapists in training: Preliminary study. *European Psychiatry*, Vol. 22 (8), s.485-489.
- Grof, S. (1992). *Dobrodružství sebeobjevování*. Praha: Gemma.



- Grossman, P., Niemann, L., Schmidt, S. & Walach, H. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 57 (1), s.35-43.
- Hájek, K. (2000). Satiterapeutické kotvení ve skutečnosti. In: Vymětal, J. a kol., *Speciální psychoterapie (úzkost a strach)*. (s.290-297). Praha: Psychoanalytické nakladatelství.
- Hanh, T. N. (1976). *The miracle of mindfulness*. Boston: Beacon Press.
- Hannan, S. E. & Tolin, D. F. (2005). Acceptance and mindfulness-based behavior therapy for Obsessive-Compulsive Disorder. In: Orsillo, S. M. & Roemer, L. (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. (s.271-299). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Hanstede, M., Gidron, Y. & Nyklíček, I. (2008). The effects of a mindfulness intervention on obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical student population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 196 (10), s.776-779.
- Hayes, S. C. & Plumb, J. C. (2007). Mindfulness from the bottom up: Providing an inductive framework for understanding mindfulness processes and their application to human suffering. *Psychological Inquiry*, Vol. 18 (4), s.242-248.
- Hayes, S. C. & Shenk, Ch. (2004). Operationalizing mindfulness without unnecessary attachments. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 11 (3), s.249-254.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy and the new behavior therapies: Mindfulness, acceptance, and relationship. In: Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. (s.1-29). New York, NY, US: Guilford Press.
- Hayes, S. C., & Wilson, K. G. (2003). Mindfulness: Method & process. *Clinical Psychology: Science & Practice*, Vol. 10, s.161-165.
- Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.) (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 64 (6), s.1152-1168.
- Hendl, J. (2004). *Přehled statistických metod zpracování dat*. Praha: Portál.
- Heppner, Wh. L. & Kernis, M. H. (2007). "Quiet ego" functioning: The complementary roles of mindfulness, authenticity, and secure high self-esteem. *Psychological Inquiry*, Vol. 18 (4), s.248-251.
- Herbert, J. D. & Cardaciotto, L. (2005). An acceptance and mindfulness-based perspective on social anxiety disorder. In: Orsillo, S. M. & Roemer, L. (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. (s.189-212). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Herrigel, E. (1953). *Zen in the art of archery*. New York: McGraw-Hill.
- Hölzel, B. K., Ott, U., Hempel, H., Hackl, A., Wolf, K., Stark, R., et al. (2007). Differential engagement of anterior cingulate and adjacent medial frontal cortex in adept meditators and non-meditators *Neuroscience Letters*, Vol. 421 (1), s.16-21.
- Horáček, J. & Švestka, J., Psychopatologie (obecná psychiatrie). In: Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie*. (s.293-328). Praha: Tigris.

- Horowitz, M. J., Self- and relational observation. *Journal of Psychotherapy Integration*, Vol. 12 (2), s.115-127.
- Hoskovec, J., Nakonečný, M. & Sedláková, M., *Psychologie XX. Století*. Praha: Karolinum.
- Husserl, E. (1968). *Karteziánské meditace*. Praha: Svoboda.
- Chadwick, P., Hember, M., Symes, J., Peters, E., Kuipers, E. & Dagnan, D. (2008). Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: Reliability and validity of the Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ). *British Journal of Clinical Psychology*, Vol. 47 (4), s.451-455.
- Chadwick, P., Taylor, K. N. & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, Vol. 33 (3), s.351-359.
- Chambers, R., Lo, B. Ch. Y. & Allen, N. B. (2008). The impact of intensive mindfulness training on attentional control, cognitive style, and affect. *Cognitive Therapy and Research*, Vol. 32 (3), s.303-322.
- Chandiramani, K., Verma, S. K. & Dhar, P. L. (1998). *Psychological effects of vipassana on Tihar jail inmates*. Maharashtra: Vipassana Research Institute.
- Chapman, G., *Pět jazyků lásky*. Praha: Návrat domů.
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, Vol. 107 (2), s.156-176.
- Jain, Sh., Shapiro, Sh. L., Swanick, S., Roesch, S. C., Mills, P. J., Bell, I. & Schwartz, G. E. R. (2007). A randomized controlled trial of mindfulness meditation versus relaxation training: Effects on distress, positive states of mind, rumination, and distraction. *Annals of Behavioral Medicine*, Vol. 33 (1), s.11-21.
- James, W. (1930). *Druhy náboženské zkušenosti*. Praha: Melantrich.
- Jha, A. P., Krompinger, J. & Baime, M. J. (2007). Mindfulness training modifies subsystems of attention. *Cognitive, Affective & Behavioral Neuroscience*, Vol. 7 (2), s.109-119.
- Jung, C. G. & Wilhelm, R. (1997). *Tajemství zlatého květu*. Praha: Vyšehrad.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta Trade Paperback/Bantam Dell.
- Kabat-Zinn, J. (1993). Mindfulness meditation: Health benefits of an ancient Buddhist practice. In: Goleman, D. & Garin, J. (Eds.) (1993). *Mind/Body Medicine*. Yonkers: Consumer Reports Books.
- Kabat-Zinn, J. (1996). *Vědomí přítomnosti: Meditace bdělosti v každodenním životě*. Olomouc: Votobia.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 10 (2), s.144-156.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L. & Burney, R. (1985). The clinical use of mindfulness meditation for the self-regulation of chronic pain. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 8 (2), s.163-190.
- Kabat-Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., & Sellers, W. (1987). Four-year follow-up of a meditation-based program for the self-regulation of chronic pain: Treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, Vol. 2, s.159-173.
- Kabat-Zinn, J., Massion, M. D., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K. E., Pbert, L., et al. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 149, s.936-943.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, Th. G., Hosmer, D. & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to

- severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, Vol. 60 (5), s.625-632.
- Kaplan, K. H., Goldenberg, D. L. & Galvin-Nadeau, M. (1993). The impact of a meditation-based stress reduction program on fibromyalgia. *General Hospital Psychiatry*, Vol. 15 (5), s.284-289.
- Kasamatsu, A. & Hirai, T. (1966). An electroencephalographic study on the Zen meditation (Zazen). *Folia Psychiatrica Neurologica Japonica*, Vol. 20, s.315-336.
- Kegan, R. (1982). *The evolving self*. Harvard: Harvard University Press.
- Kenny, M. A. & Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 45 (3), s.617-625.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E. & Malone, K. (2007). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, Vol. 80 (2), s.193-203.
- Kocovski, N. L., Segal, Z. V. & Battista, S. R. (2009). Mindfulness and psychopathology: Problem formulation. In: F. Didonna, F. (Ed.) (2009). *Clinical handbook of mindfulness*. (pp. 85-98). New York: Springer.
- Koerner, K. & Dimeff, L. A. (2000). Further data on Dialectical Behavior Therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 7, s.140-112.
- Koukolík, F. (2000). *Lidský mozek: Funkční systémy, norma a poruchy*. Praha: Portál.
- Koukolík, F., Funkční systémy lidského mozku. In: Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie*. (s.60-65). Praha: Tigis.
- Kristeller, J. L. & Hallett, C. B. (1999). An exploratory study of a meditation-based intervention for binge eating disorder. *Journal of Health Psychology*, Vol. 4 (3), s.357-363.
- Kristeller, J. L., Baer, R. A. & Quillian-Wolever, R. (2006). Mindfulness-based approaches to eating disorders. In: Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (s.75-91). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Kutz, I. (1985). Meditation as an adjunct to psychotherapy: An outcome study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 43 (4), s.209-218.
- Lakey, Ch. E., Campbell, W. K., Brown, K. W. & Goodie, A. S. (2007). Dispositional mindfulness as a predictor of the severity of gambling outcomes. *Personality and Individual Differences*, Vol. 43 (7), s.1698-1710.
- Lane, R. D., Reiman, E. M., Axelrod, B., Yun, L. S., Holmes, A. & Schwartz, G. E. (1998). Neural correlates of levels of emotional awareness. Evidence of an interaction between emotion and attention in the anterior cingulate cortex. *Journal of Cognitive Neuroscience*, Vol. 10 (4), s.525-535.
- Langer, E. J. & Moldoveanu, M. (2000a). The construct of mindfulness. *Journal of Social Issues*, Vol. 56 (1), s.1-9.
- Langer, E. J. & Moldoveanu, M. (2000b). Mindfulness research and the future. *Journal of Social Issues*, Vol. 56 (1), s.129-139.
- Langer, E. J. & Piper, A. I. (1987). The prevention of mindlessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 53 (2), s.280-287.
- Langer, E. J. (1989). *Mindfulness*. Reading: Addison-Wesley/Addison Wesley Longman.
- Langmeier, J. & Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- Lau, M. A., Bishop, S. R., Segal, Z. V., Buis, T., Anderson, N. D., Carlson, L., Shapiro, Sh., Carmody, J., Abbey, S. & Devins, G. (2006). The Toronto Mindfulness Scale:

- Development and validation. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 62 (12), s.1445-1467.
- Lazar, S. W., Bush, G., Gollub, R. L., Fricchione, G. L., Khalsa, G. & Benson, H. (2000). Functional brain mapping of the relaxation response and meditation. *Neuroreport*, Vol. 11 (7), s.1581-1585.
- Lazar, S. W., Kerr, C. E., Wasserman, R. H., Gray, J. R., Greve, D. N., Treadway, M. T., McGarvey, M., Quinn, B. T., Dusek, J. A., Benson, H., Rauch, S. L., Moore, Ch. I. & Fischl, B. (2005). Meditation experience is associated with increased cortical thickness. *Neuroreport*, Vol. 16 (17), s.28-28.
- Leary, M. R. & Tate, E. B. (2007). The multi-faceted nature of mindfulness. *Psychological Inquiry*, Vol. 18 (4), s.251-255.
- Lee, J., Semple, R. J., Rosa, D., & Miller, L. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for children: Results of a pilot study. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, Vol. 22 (1), s.15-28.
- Levitt, J. T. & Karekla, M. (2005). Integrating acceptance and mindfulness with cognitive behavioral treatment for panic disorder. In: Orsillo, S. M. & Roemer, L. (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. (s.165-188). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, Vol. 35, s.747-766.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1994). Acceptance and change: The central dialectic in psychotherapy. In: Hayes S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M. & Dougher, M. J. (Eds.) (1994). *Acceptance and Change: Content and Context In Psychotherapy*. (s.73-86). Reno, NV: Context Press.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D. & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive science*, Vol. 12 (4), s.163-169.
- Lynch, Th. R. & Bronner, L. L. (2006). Mindfulness and Dialectical Behavior Therapy (DBT): Application with depressed older adults with personality disorders. In: Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (s.217-236). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Lynch, Th. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R. & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in Dialectical Behavior Therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 62 (4), s.459-480.
- Ma, S. H. & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 72 (1), s.31-40.
- Marcel, A. J. (2003). Introspective report: Trust, self-knowledge and science. *Journal of Consciousness Studies*, Vol. 10, s.167-186.
- Marlatt, G. A. & Kristeller, J. L. (1999). Mindfulness and meditation. In: Miller, W. R. (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners*. (s.67-84). Washington: American Psychological Association.



- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., Witkiewitz, K., Dillworth, T. M., Bowen, S. W., Parks, G. A., Macpherson, L. M., Lonczak, H. S., Larimer, M. E., Simpson, T., Blume, A. W. & Crutcher, R. (2004). Vipassana meditation as a treatment for alcohol and drug use disorders. In: Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. (s.261-287). New York, NY, US: Guilford Press.
- Marlatt, G. A. (1994). Addiction, mindfulness, and acceptance. In: Hayes, S. C., Jacobson, N. S., Follette, V. M. & Dougher, M. J. (Eds.), *Acceptance and change: Content and context in psychotherapy* (s.175-197). Reno, NV: Context Press.
- Marra, Th. (2004). *Depressed & Anxious: The Dialectical Behavior Therapy workbook for overcoming depression & anxiety*. Oakland: New Harbinger.
- Martin, J. R. (1997). Mindfulness: A proposed common factor. *Journal of Psychotherapy Integration, Vol. 7* (4), s.291-312.
- Masicampo, E. J. & Baumeister, R. F. (2007). Relating mindfulness and self-regulatory processes. *Psychological Inquiry, Vol. 18* (4), s.255-258.
- Maslow, A. H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand.
- Matoušek, M., Spánek a bdělost. In: Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie*. (s.79-84). Praha: Tigris.
- McBee, L. (2008). *Mindfulness-based elder care: A CAM model for frail elders and their caregivers*. New York: Springer.
- McBee, L. (2009). Mindfulness-based elder care: Communicating mindfulness to frail elders and their caregivers. In: Didonna, F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. (s.431-445). New York: Springer.
- McCracken, L. M., Gauntlett-Gilbert, J. & Vowles, K. E. (2007). The role of mindfulness in a contextual cognitive-behavioral analysis of chronic pain-related suffering and disability. *Pain, Vol. 131* (1-2), s.63-69.
- McIntosh, W. D. (1997). East meets West: Parallels between Zen buddhism and social psychology. *International Journal for the Psychology of Religion, Vol. 7* (1), s.37-52.
- Mead, G. H. (1934). *Mind, self, and society*. Chicago: University of Chicago Press.
- Miller, A. (1984). *Thou shalt not be aware: Society's betrayal of the child*. New York: Farrar Straus Giroux.
- Miller, J. J., Fletcher, K. & Kabat-Zinn, J. (1995). Three-year follow-up and clinical implications of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention in the treatment of anxiety disorders. *General Hospital Psychiatry, Vol. 17* (3), s.192-200.
- Moore, R. G., Hayhurst, H. & Teasdale, J. D. (1996). Measure of awareness and coping in autobiographical memory: Instructions for administering and coding. Unpublished manuscript, Department of Psychiatry, University of Cambridge.
- Morgan, W. D. & Morgan, S. T. (2005). Cultivating attention and empathy. In: Germer, Ch. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. (s.73-90). New York, NY, US: Guilford Press.
- Nakonečný, M. (1998a). *Základy psychologie*. Praha: Academia.
- Nakonečný, M. (1998b). *Psychologie osobnosti*. Praha: Academia.
- Newberg, A., Alavi, A., Baime, M., Pourdehnad, M., Santanna, J. & d'Aquili, E. (2001). The measurement of regional cerebral blood flow during the complex cognitive task of meditation: A preliminary SPECT study. *Psychiatry Research, Vol. 106* (2), s.113-122.



- Nielsen, L. & Kaszniak, A. W. (2006). Awareness of subtle emotional feelings: A comparison of long-term meditators and nonmeditators. *Emotion, Vol. 6* (3), s.392-405.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 102* (4), s.569-582.
- Nyanaponika, T. (1995). *Jádno buddhistické meditace*. Praha: Dharma Gaia.
- Nyanatolika, M. (2008). *Buddhistický slovník*. Nepublikováno.
- Orsillo, S. M. & Roemer, L. (Eds). (2005). *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. New York: Springer Science + Business Media.
- Orsillo, S. M., Roemer, L. & Holowka, D. W. (2005). Acceptance-based behavioral therapies for anxiety: Using acceptance and mindfulness to enhance traditional cognitive-behavioral approaches. In: Orsillo, S. M. & Roemer, L. (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment*. (s.3-35). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Orsillo, S. M., Roemer, L., Block-Lerner, J. & Tull, M. T. (2004). Acceptance, mindfulness, and Cognitive-Behavioral Therapy: Comparisons, contrasts, and application to anxiety. In: Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. (s.66-95). New York, NY, US: Guilford Press.
- Ortner, C. N. M., Kilner, S. J. & Zelazo, Ph. D. (2007). Mindfulness meditation and reduced emotional interference on a cognitive task. *Motivation and Emotion, Vol. 31* (4), s.271-283.
- Ostafin, B. D. & Marlatt, G. A. (2008). Surfing the urge: Experiential acceptance moderates the relation between automatic alcohol motivation and hazardous drinking. *Journal of Social & Clinical Psychology, Vol. 27* (4), s.404-418.
- Pagnoni, G. & Cekic, M. (2007). Age effects on gray matter volume and attentional performance in Zen meditation. *Neurobiology of aging, Vol. 28* (10), s.1623-7.
- Pankey, J. & Hayes, S. C. (2003). Acceptance and Commitment Therapy for psychosis. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, Vol. 3* (2), s.311-328.
- Pavot, W. & Diener, E. (1993). Review of the Satisfaction With Life Scale. *Psychological Assessment, Vol. 5* (2), s. 164-172.
- Perls, F. (1969). *Gestalt therapy verbatim*. Lafayette: Real People Press.
- Pinto, A. (2009). Mindfulness and psychosis. In: Didonna, F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. (s.339-368). New York: Springer.
- Praško, J. (2002a). Kognitivně-behaviorální terapie. In: Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie*. (s.657-670). Praha: Tigris.
- Praško, J. (2002b). Úzkostné poruchy. In: Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie*. (s.481-493). Praha: Tigris.
- Praško, J., Možný, P. & Šlepecký, M. (Eds.) (2007). *Kognitivně-behaviorální terapie psychických poruch*. Praha/Kroměříž: Triton.
- Purdon, C. (1999). Thought suppression and psychopathology. *Behaviour Research and Therapy, Vol. 37*, s.1029-1054.
- Ramel, W., Goldin, Ph. R., Carmona, P. E. & McQuaid, J. R. (2004). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy and Research, Vol. 28* (4), s.433-455.
- Rathus, J. H., Cavuoto, N. & Passarelli, V. (2006). Dialectical Behavior Therapy (DBT): A mindfulness-based treatment for intimate partner violence. In: Baer, R. A. (Ed.),

- Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications.* (s.333-358). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C. & Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-Based Stress Reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *General Hospital Psychiatry, Vol. 23* (4), s.183-192.
- Ritskes, R., Ritskes-Hoitinga, M., Stodkilde-Jorgensen, H., Baerentsen, K. & Hartman, T. (2003). MRI scanning during zen meditation: The picture of enlightenment? *Constructivism in the Human Sciences, Vol. 8*, s.85-90.
- Rizvi, S. L., Shaw Welch, S. & Dimidjan, S. (2009). Mindfulness and borderline personality disorder. In: Didonna, F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness.* (s.245-257). New York: Springer.
- Roemer, L. & Borkovec, T. D. (1994). Effects of suppressing thoughts about emotional material. *Journal of Abnormal Psychology, Vol. 103* (3), s.467-474.
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2005). An acceptance-based behavior therapy for Generalized Anxiety Disorder. In: Orsillo, S. M. & Roemer, L. (Eds.), *Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment.* (s.213-240). New York, NY, US: Springer Science + Business Media.
- Roemer, L. & Orsillo, S. M., Expanding our conceptualization of and treatment for Generalized Anxiety Disorder: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice, Vol. 9* (1), s.54-68.
- Roemer, L., Salters, K., Raffa, S. D. & Orsillo, S. M. (2005). Fear and avoidance of internal experiences in GAD: Preliminary tests of a conceptual model. *Cognitive Therapy and Research, Vol. 29* (1), s.71-88.
- Roemer, L., Salters-Pedneault, K. & Orsillo, S. M. (2006). Incorporating mindfulness- and acceptance-based strategies in the treatment of Generalized Anxiety Disorder. In: Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications.* (s.51-74). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person.* Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1998). *Způsob bytí.* Praha: Portál.
- Rosch, E. (2007). More than mindfulness: When you have a tiger by the tail, let it eat you. *Psychological Inquiry, Vol. 18* (4), s.258-264.
- Ryan, R. M. & Brown, K. W. (2003). Why we don't need self-esteem: On fundamental needs, contingent love, and mindfulness: Comment. *Psychological Inquiry, Vol. 14* (1), s.71-76.
- Ryff, C. D. & Keyes, L. M. (1995). The structure of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 69* (2), s. 280-287.
- Safran, J. D. & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal process in cognitive therapy.* New York: Basic Books.
- Samuelson, M., Carmody, J., Kabat-Zinn, J. & Bratt, M. A. (2007). Mindfulness-Based Stress Reduction in Massachusetts correctional facilities. *The Prison Journal, Vol. 87* (2), s.254-268.
- Sayadó, M. (1993). *Meditace všímavosti a vhledu: Základní a pokročilé stupně.* Praha: Stratos.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D. & Williams, J. M. G. (2004). Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Theoretical rationale and empirical status. In: Hayes, S. C., Follette, V. M. & Linehan, M. M. (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition.* (s.45-65). New York, NY, US: Guilford Press.

- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. & Teasdale, J. D., *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Semple, R. J., Lee, J. & Miller, L. F. (2006). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for children. In: Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (s.143-166). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Semple, R. J., Reid, E. F. G. & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: An open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, Vol. 19 (4), s.379-392.
- Sephton, S. E., Salmon, P., Weissbecker, I. et al. (2007). Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: Results of a randomized clinical trial. *Arthritis Rheum*, Vol. 57, s.77-85.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, Vol. 92, s.581-604.
- Shapiro, D. H., & Walsh, R. N. (Eds.) (1984). *Meditation: Classical and contemporary perspectives*. New York: Aldine.
- Shapiro, S. L. & Schwartz, G. E. R. (2000). Intentional systemic mindfulness: An integrative model for self-regulation and health. *Advances in Mind-Body Medicine*, Vol. 16 (2), s.128-135.
- Shapiro, Sh. L., Astin, J. A., Bishop, S. R. & Cordova, M. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, Vol. 12 (2), s.164-176.
- Shapiro, Sh. L., Bootzin, R. R., Figueredo, A. J., Lopez, A. M. & Schwartz, G. E. (2003). The efficacy of Mindfulness-Based Stress Reduction in the treatment of sleep disturbance in women with breast cancer: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 54 (1), s.85-91.
- Shapiro, Sh. L., Brown, K. W. & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, Vol. 1 (2), s.105-115.
- Shapiro, Sh. L., Carlson, L. E., Astin, J. A. & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 62 (3), s.373-386.
- Shapiro, Sh. L., Schwartz, G. E. & Bonner, G. (1998). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 21 (6), s.581-599.
- Shaver, Ph. R., Lavy, Sh., Saron, C. D. & Mikulincer, M. (2007). Social foundations of the capacity for mindfulness: An attachment perspective. *Psychological Inquiry*, Vol. 18 (4), s.264-271.
- Shaw Welch, S., Rizvi, Sh. & Dimidjian, S. (2006). Mindfulness in Dialectical Behavior Therapy (DBT) for Borderline Personality Disorder. In: Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (s.117-139). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Shear, J. & Jevning, R. (1999). Pure consciousness: Scientific exploration of meditation techniques. *Journal of Consciousness Studies*, Vol. 6, s.189-209.
- Schmertz, S. K., Anderson, P. L. & Robins, D. L. (2008). The relation between self-report mindfulness and performance on tasks of sustained attention. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Vol. 31 (1), s.60-66.

- Schooler, J. W., Ohlsson, S. & Brooks, K. (1993). Thoughts beyond words: When language overshadows insight. *Journal of Experimental Psychology: General*, Vol. 122 (2), s.166-183.
- Schwartz, J. M. (1996). *Brain lock: Free yourself from obsessive-compulsive behavior*. New York: Regan Books.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Joy, S. D. S., Winton, A. S. W., Sabaawi, M., Wahler, R. G. & Singh, J. (2007c). Adolescents with conduct disorder can be mindful of their aggressive behavior. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, Vol. 15 (1), s.56-63.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Adkins, A. D., Singh, J. & Singh, A. N. (2007b). Mindfulness training assists individuals with moderate mental retardation to maintain their community placements. *Behavior Modification*, Vol. 31 (6), s.800-814.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Adkins, A. D., Wahler, R. G., Sabaawi, M. & Singh, J. (2007a). Individuals with mental illness can control their aggressive behavior through mindfulness training. *Behavior Modification*, Vol. 31 (3), s.313-328.
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, A. N., Adkins, A. D. & Singh, J. (2008). Clinical and benefit-cost outcomes of teaching a mindfulness-based procedure to adult offenders with intellectual disabilities. *Behavior Modification*, Vol. 32 (5), s.622-637.
- Singh, N. N., Wahler, R. G., Adkins, A. D. & Myers, R. E. (2003). Soles of the feet: A mindfulness-based self-control intervention for aggression by an individual with mild mental retardation and mental illness. *Research in Developmental Disabilities*, Vol. 24 (3), s.158-169.
- Singh, N. N., Wahler, R. G., Winton, A. S. W. & Adkins, A. D. (2004). A mindfulness-based treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Case Studies*, Vol. 3 (4), s.275-287.
- Smith, A. (2006). "Like waking up from a dream": Mindfulness training for older people with anxiety and depression. In: Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (s.191-215). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Smolík, P. (2001). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf.
- Specia, M., Carlson, L. E., Goodey, E. & Angen, M. (2000). A randomized, wait-list controlled clinical trial: The effect of a mindfulness meditation-based stress reduction program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients. *Psychosomatic Medicine*, Vol. 62 (5), s.613-622.
- Specia, M., Carlson, L. E., Mackenzie, M. J. & Angen, M. (2006). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) as an intervention for cancer patients. In: Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (s.239-261). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- SPSS, Inc. (2003). *Statistical Package for the Social Sciences, Version 12.0*. Chicago: SPSS, Inc.
- Sternberg, R. J. (2000). Images of mindfulness. *Journal of Social Issues*, Vol. 56 (1), s.11-26.
- Sternberg, R. J., *Kognitivní psychologie*. Praha: Portál.
- Stöřig, H. J. (1996). *Malé dějiny filozofie*. Praha: České katolické nakladatelství Zvon.
- Surrey, J. L. (2005). Relational psychotherapy, relational mindfulness. In: Germer, Ch. K., Siegel, R. D. & Fulton, P. R. (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy*. (s.91-110). New York, NY, US: Guilford Press.



- Suzuki, D. T., Fromm, E., & De Martino, R. (1960). *Zen buddhism and psychoanalysis*. New York: Harper & Row.
- Tacon, A. M., Caldera, Y. M. & Ronaghan, C. (2004). Mindfulness-Based Stress Reduction in women with breast cancer. *Families, Systems, & Health, Vol. 22* (2), s.193-203.
- Tart, Ch. T. & Deikman, A. J. (1991). Mindfulness, spiritual seeking and psychotherapy. *Journal of Transpersonal Psychology, Vol. 23* (1), s.29-52.
- Tart, Ch. T. (1972). *Altered states of consciousness*. New York: Willey.
- Teasdale, J. D. (1999). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy, Vol. 6*, s.146-155.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S. & Segal, Z. V., Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 70* (2), s.275-287.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy, Vol. 33* (1), s.25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 68* (4), s.615-623.
- Telch, Ch. F., Agras, W. S. & Linehan, M. M. (2001). Dialectical Behavior Therapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 69* (6), s.1061-1065.
- Thompson, B. L. & Waltz, J. A. (2008). Mindfulness, self-esteem, and unconditional self-acceptance. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy, Vol. 26* (2), s.119-126.
- Thompson, M. & Gauntlett-Gilbert, J. (2008). Mindfulness with children and adolescents: Effective clinical application. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, Vol. 13* (3), s.395-407.
- Toneatto, T. & Nguyen, L. (2007). Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie, Vol. 52* (4), s.260-266.
- Toneatto, T. (2002). A metacognitive therapy for anxiety disorders: Buddhist psychology applied. *Cognitive and Behavioral Practice, Vol. 9*, s.72-78.
- Toneatto, T., Vettese, L. & Nguyen, L. (2007). The role of mindfulness in the cognitive-behavioural treatment of problem gambling. *Journal of Gambling Issues, Vol. 19* (1), s.91-100.
- Treadway, M. T. & Lazar, S. W. (2009). The neurobiology of mindfulness. In: Didonna, F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. (s.45-57). New York: Springer.
- Valentine, E. R. & Sweet, Ph. L. G. (1999). Meditation and attention: A comparison of the effects of concentrative and mindfulness meditation on sustained attention. *Mental Health, Religion & Culture, Vol. 2* (1), s.59-70.
- Wagner, E. E., Rathus, J. H. & Miller, A. L. (2006). Mindfulness in Dialectical Behavior Therapy (DBT) for adolescents. In: Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (s.167-189). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Walach, H., Buchheld, N., Buittenmuller, V., Kleinknecht, N. & Schmidt, S. (2006). Measuring mindfulness: The Freiburg Mindfulness Inventory (FMI). *Personality and Individual Differences, Vol. 40* (8), s.1543-1555.



- Walach, H., Nord, E., Zier, C., Dietz-Waschkowski, B., Kersig, S. & Schupbach, H. (2007). Mindfulness-Based Stress Reduction as a method for personnel development: A pilot evaluation. *International Journal of Stress Management*, Vol. 14 (2), s.188-198.
- Wallace, A. B. (Ed.). (2003). *Buddhism and science*. New York: Columbia University Press.
- Wallace, B. A. (1999). The Buddhist tradition of Samatha: Methods for refining and examining consciousness. *Journal of Consciousness Studies*, Vol. 6 (2-3), s.175-187.
- Walsh, R. & Shapiro, S. L. (2006). The meeting of meditative disciplines and western psychology. *American Psychologist*, Vol. 61 (3), s.227-239.
- Watkins, E. & Baracaia, S., Rumination and social problem-solving in depression. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 40 (10), s.1179-1189.
- Watts, A. W. (1961). *Psychotherapy east and west*. New York: Pantheon Books.
- Wegner, D. M. & Zanakos, S. (1994). Chronic thoughts suppression. *Journal of Personality*, Vol. 62 (4), s.615-641.
- Weiss, M., Nordlie, J. W. & Siegel, E. P. (2005). Mindfulness-Based Stress Reduction as an adjunct to outpatient psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, Vol. 74 (2), s.108-112.
- Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*, Vol. 23 (4), s.337-355.
- Wells, A., GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, Vol. 9 (1), s.95-100.
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour Research and Therapy*, Vol. 34, s.881-888.
- Wenk-Sormaz, H. (2005). Meditation can reduce habitual responding. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, Vol. 11 (2), s.32-58.
- Wilber, K. (1977). *The spectrum of consciousness*. New York: Theosophical Press.
- Wilber, K. (2000). *The eye of spirit: An integral vision for a world gone slightly mad*. Vol. 7. *The collected works of Ken Wilber*. Boston: Shambala.
- Williams, J. M. G., Alatiq, Y., Crane, C., Barnhofer, T., Fennell, M. J. V., Duggan, D. S., Hepburn, S. & Goodwin, G. M. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 107 (1-3), s.275-279.
- Williams, J. M. G., Duggan, D. S., Crane, C. & Fennell, M. J. V. (2006). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clinical Psychology*, Vol. 62 (2), s.201-210.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V. & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-Based Cognitive Therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 109 (1), s.150-155.
- Williams, K. (2006). Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in a Worksite Wellness Program. In: Baer, R. A. (Ed.), *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*. (s.361-376). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press.
- Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B. E. & Pearson, J. C. (2001). Evaluation of a wellness-based mindfulness stress reduction intervention: A controlled trial. *American Journal of Health Promotion*, Vol. 15 (6), s.422-432.

## Literatura

- Wolever, R. Q. & Best, J. L. (2009). Mindfulness-based approaches to eating disorders. In: Didonna, F. (Ed.), *Clinical handbook of mindfulness*. (s.259-287). New York: Springer.
- Yook, K., Lee, S., Ryu, M., Kim, K., Choi, T. K., Suh, Sh. Y., Kim, Y., Kim, B., Kim, M. Y. & Kim, M. (2008). Usefulness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for treating insomnia in patients with anxiety disorders: A pilot study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, Vol. 196 (6), s.501-503.

# **Přílohy**

**P.1 Dotazník Pěti aspektů všímavosti**

Přečtěte si, prosím, následující tvrzení a označte zakroužkováním příslušné číslice, do jaké míry dané tvrzení pro vás všeobecně platí.

	téměř nikdy	málokdy	někdy	často	velmi často
1. Když jdu, vědomě si všímám tělesných pocitů vznikajících při pohybu.	1	2	3	4	5
2. Snadno nalézám slova k vyličení svých pocitů.	1	2	3	4	5
3. Kritizuji se za to, že mám nesmyslné nebo nevhodné emoce.	5	4	3	2	1
4. Uvědomuji si své pocity a city, aniž bych na ně musel reagovat.	1	2	3	4	5
5. Když dělám různé věci, duchem se toulám mimo a jsem snadno nepozorný.	5	4	3	2	1
6. Když se sprchuji nebo se koupu, uvědomuji si počítky vznikající při kontaktu vody s mým tělem.	1	2	3	4	5
7. Snadno dokážu svá přesvědčení, názory a očekávání vyjádřit slovy.	1	2	3	4	5
8. Nevěnuji pozornost tomu, co dělám, protože se oddávám dennímu snění, dělám si starosti nebo jsem duchem nepřítomný.	5	4	3	2	1
9. Pozoruji své pocity, aniž bych se jimi nechával unést.	1	2	3	4	5
10. Říkám si, že bych se neměl cítit tak, jak se cítím.	5	4	3	2	1
11. Uvědomuji si, jak jídlo a pití ovlivňují mé myšlenky, tělesné pocity a emoce.	1	2	3	4	5
12. Je pro mne obtížné nalézt slova a popsat, co si myslím.	5	4	3	2	1
13. Snadno se přestanu soustředit a jsem roztržitý.	5	4	3	2	1
14. Myslím si, že některé mé myšlenky jsou špatné nebo nejsou normální a neměl bych takto přemýšlet.	5	4	3	2	1
15. Věnuji pozornost vjemům, jako je vítr ve vlasech nebo dotek slunečních paprsků na mé tváři.	1	2	3	4	5
16. Mám potíže nalézat správná slova k vyjádření toho, co prožívám.	5	4	3	2	1
17. Posuzuji, zda mé myšlenky jsou dobré, nebo špatné.	5	4	3	2	1
18. Zdá se mi obtížné zůstat soustředěný na to, co se děje v přítomnosti.	5	4	3	2	1
19. Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, "poodstoupím" od nich a jsem si těchto myšlenek nebo představ vědom, aniž bych jimi byl přemožen.	1	2	3	4	5

		téměř nikdy	málokdy	někdy	často	velmi často
20.	Věnuji pozornost zvukům, jako je tikot hodinek, švitoření ptactva nebo hluk projíždějících aut.	1	2	3	4	5
21.	V obtížných situacích se dovedu zastavit, než začnu reagovat.	1	2	3	4	5
22.	Když mám nějaký pocit v těle, není pro mne snadné ho popsat, protože nemohu najít vhodná slova.	5	4	3	2	1
23.	Zdá se, že většinu věcí dělám automaticky, aniž bych si nějak zvlášť uvědomoval to, co dělám.	5	4	3	2	1
24.	Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, obvykle se brzy zase uklidním.	1	2	3	4	5
25.	Říkám si, že bych neměl přemýšlet tak, jak přemýšlím.	5	4	3	2	1
26.	Všímám si pachů a vůní věcí.	1	2	3	4	5
27.	Dokonce i když se cítím velmi rozrušený, dokážu najít způsob, jak to vyjádřit slovy.	1	2	3	4	5
28.	Ženu se z jedné aktivity do druhé bez toho, abych k těmto aktivitám byl opravdu pozorný.	5	4	3	2	1
29.	Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, obvykle jsem schopen je jen zaznamenat, aniž bych reagoval.	1	2	3	4	5
30.	Myslím si, že některé mé city jsou špatné nebo nevhodné a neměl bych je cítit.	5	4	3	2	1
31.	Všímám si vizuálních prvků v umění nebo v přírodě, jako například barev, tvarů, struktur nebo vzorů světla a stínu.	1	2	3	4	5
32.	Mám přirozenou tendenci vyjadřovat své zážitky slovy.	1	2	3	4	5
33.	Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, obvykle je prostě jen zaznamenám a nechám je být.	1	2	3	4	5
34.	Vykonávám svou práci nebo povinnosti automaticky, aniž bych si uvědomoval, co vlastně dělám.	5	4	3	2	1
35.	Když mám úzkostné myšlenky nebo představy, obvykle hodnotím sám sebe, že jsem dobrý nebo špatný, podle toho o jakou myšlenku nebo představu jde.	5	4	3	2	1
36.	Věnuji pozornost tomu, jak emoce působí na mé myšlenky a chování.	1	2	3	4	5
37.	Obvykle mohu velmi detailně vylíčit, jak se právě cítím.	1	2	3	4	5
38.	Přistihuji se, jak dělám věci, aniž bych dával pozor.	5	4	3	2	1
39.	Když mám nerozumné myšlenky, odsuzuji se za to.	5	4	3	2	1



## P.2 Normy

### Převod hrubých skóre na STEN škálu pro celkové skóre (celá populace)

Celkové skóre		Relativní četnost (%)		Interpretace
HS	STEN	STEN		
39 - 100	1	1	2,5	Podprůměr (16% populace)
101 - 108	2	2	4,5	
109 - 117	3	3	9	
118 - 125	4	4	15	Průměr (68% populace)
126 - 134	5	5	19	
135 - 143	6	6	19	
144 - 153	7	7	15	
154 - 162	8	8	9	Nadprůměr (16% populace)
163 - 171	9	9	4,5	
172 - 195	10	10	2,5	

### Převod hrubých skóre jednotlivých subškál na STEN škálu (podle pohlaví)

#### Muži

Nereagování		Pozorování		Uvědomělé jednání		Popisování		Nehodnocení	
HS	STEN	HS	STEN	HS	STEN	HS	STEN	HS	STEN
7 - 14	1	8 - 14	1	8 - 16	1	8 - 15	1	8 - 15	1
15 - 16	2	15 - 17	2	17 - 18	2	16 - 17	2	16 - 19	2
17 - 18	3	18 - 21	3	19 - 21	3	18 - 22	3	20 - 22	3
19 - 20	4	22 - 24	4	22 - 24	4	23 - 25	4	23 - 25	4
21 - 22	5	25 - 27	5	25 - 27	5	26 - 29	5	26 - 28	5
23 - 25	6	28 - 30	6	28 - 29	6	30 - 32	6	29 - 32	6
26 - 27	7	31 - 33	7	30 - 32	7	33 - 35	7	33 - 35	7
28 - 29	8	34 - 35	8	33 - 35	8	36 - 38	8	36 - 38	8
30 - 31	9	36 - 37	9	36 - 37	9	39	9	39	9
32 - 35	10	38 - 40	10	38 - 40	10	40	10	40	10

#### Ženy

Nereagování		Pozorování		Uvědomělé jednání		Popisování		Nehodnocení	
HS	STEN	HS	STEN	HS	STEN	HS	STEN	HS	STEN
7 - 13	1	8 - 17	1	8 - 16	1	8 - 16	1	8 - 15	1
14 - 15	2	18 - 20	2	17 - 18	2	17 - 18	2	16 - 18	2
16 - 17	3	21 - 23	3	19 - 21	3	19 - 22	3	19 - 21	3
18 - 19	4	24 - 26	4	22 - 24	4	23 - 26	4	22 - 24	4
20 - 21	5	27 - 28	5	25 - 27	5	27 - 30	5	25 - 28	5
22 - 23	6	29 - 31	6	28 - 29	6	31 - 32	6	29 - 32	6
24 - 26	7	32 - 33	7	30 - 32	7	33 - 35	7	33 - 35	7
27 - 28	8	34 - 35	8	33 - 34	8	36 - 38	8	36 - 37	8
29 - 31	9	36 - 37	9	35 - 36	9	39	9	38 - 39	9
32 - 35	10	38 - 40	10	37 - 40	10	40	10	40	10

### P.3 Vyhodnocení a interpretace výsledků dotazníku

Dotazník, který jste vyplnili, měří **schopnost všímavosti** (v angl. mindfulness). Ta bývá definována jako věnování plné pozornosti tomu, co se děje v přítomném okamžiku, a to s postojem přijetí a nehodnocení. Tedy aniž by své prožitky člověk nějak posuzoval či hodnotil anebo aniž by na ně musel okamžitě nějakým způsobem automaticky reagovat. Vší mavost je opakem stavu, v kterém je pozornost rozptýlována a zahlcena zaobíráním se vzpomínkami, denním sněním, plány či starostmi, a v kterém člověk jedná automaticky bez uvědomování si toho, co dělá. Stav všímavosti se vyznačuje postojem zájmu, přijetí a otevřenosti k tomu, co člověk právě prožívá, bez ohledu na to, jak příjemné nebo nepříjemné to je. Psychologické výzkumy a osobní zkušenosti lidí, kteří všímavost záměrně kultivují, ukazují na to, že pokud jsme pozorní, bdělí a dokážeme být zcela přítomní "tady a teď", dokážeme také život vnímat jako více uspokojující, naplňující a zajímavý.

Vaše výsledky jsou uvedeny nejdříve v počtu bodů a dále na **škále od 1 do 10** (1 – nejméně, 10 – nejvíce). Tato škála ukazuje vaše výsledky ve srovnání s ostatními respondenty, kteří zatím českou verzi tohoto dotazníku vyplnili (tj. přibližně **3000** respondentů). Průměrné jsou hodnoty mezi 4-7, kam spadá přibližně 70 procent lidí.

Studie všímavosti a klinické zkušenosti terapeutů, pracujících s všímavostí, identifikovaly pět aspektů všímavosti - pozorování, popisování, vědomé jednání, nehodnocení a nereagování. K výsledkům u jednotlivých škál je uveden krátký popis toho, co daná škála měří.

#### Výsledky:

##### Celkové skóre

Vyšší skóre v tomto dotazníku mají lidé, kteří se více dokáží soustředit na přítomný okamžik, věnují plnou pozornost tomu, co dělají, a nejsou tolik rozptýlováni vnitřním monologem. Ke své aktuální zkušenosti zaujímají více objektivní, nehodnotící postoj a dokážou ji více vnímat akceptujícím způsobem. Lidé s vyšším skóre v tomto dotazníku jsou více spokojeni se svým životem, mají větší sebedůvěru, dokážou sami sebe lépe přijímat i se svými negativními vlastnostmi. Jsou více otevřeni zkušenostem a mají také silnější pocit kompetence. Vyšší skóre je také spojeno s větším uvědomováním si, porozuměním a přijetím vlastních emocí a s větší schopností ovlivňovat nepříjemné duševní stavy. Nižší skóre mají lidé úzkostní a depresivní, kteří se více zaobírají starostmi, sebehodnocením, plánováním či denním sněním a jednají spíše automaticky.

##### Škála pozorování

Škála pozorování se týká bdělé pozornosti k tomu, co se právě odehrává. Jedná se o věnování pozornosti vnějším podnětům (zvukům, barvám, vůním apod.) i vnitřním prožitkům (myšlenkám, emocím, představám, tělesným pocitům). Vyšší skóre ukazuje na všímavost či otevřenost vůči světu a ochotu věnovat pozornost svým pocitům. Lidé s vyšším skóre se více zabývají svými vnitřními pocity, což může mít pozitivní následky, pokud při tom zaujímají nehodnotící postoj, anebo negativní,

pokud jsou ke svým pocitům kritičtí, jako např. v případě depresivní poruchy (souvisí to tedy se škálou nehodnocení).

### **Škála popisování**

U škály popisování jde o schopnost vložit své pocity, myšlenky či představy do slov. Lidé, kteří mají více bodů v této škále, se dokáží lépe ve svých pocitech zorientovat, mají na ně lepší náhled. Lidé s nižším skóre mají problémy s určením a popisováním svých pocitů anebo neprojevují zájem o vnitřní prožívání.

### **Škála vědomého jednání**

Škála vědomého jednání popisuje schopnost být plně svou pozorností u činnosti, kterou právě dělám. Je opakem automatického chování, při kterém jsme „duchem nepřítomní“ a v hlavě se zaobíráme starostmi, plány, vzpomínkami apod. (vedeme vnitřní monolog). Lidé s nízkým skóre jsou často angažováni v automatickém až neurotickém jednání a bezmyšlenkovitě se chovají tak, aby snížili svou úzkost.

### **Škála nehodnocení**

Nehodnocení je důležitým aspektem všímavosti. Lidé s vyšším skóre ve škále nehodnocení dokáží své prožitky přijímat bez toho, aby je nějakým způsobem posuzovali jako dobré-špatné, vhodné-nevhodné, příjemné-nepříjemné. Vyšší skóre také ukazuje na schopnost sebezpřijetí. Nižší skóre souvisí s větší úzkostností, s emočními potížemi a se zvýšeným výskytem nepříjemných psychických příznaků. Mívají ho proto častěji lidé s duševní poruchou. Tato škála také souvisí se zvýšenou snahou vyhnout se či potlačit své emoce či myšlenky, což je neefektivní způsob zvládání těchto prožitků a vede ke zhoršení negativních příznaků. Výsledky v této škále souvisí se zvýšeným sebezpřijetím.

### **Škála nereagování**

Nereagování na vynořující se prožitky odkazuje na schopnost nenechat se unést či se zaplést do myšlenek a emocí. Lidé s vyšším skóre v této škále dokáží své vnitřní prožitky (emoce, myšlenky, představy) vnímat s větším odstupem, nenechají se vtáhnout do automatických a zaběhlých způsobů reagování na ně. Dokáží i nepříjemné pocity či představy nechat přicházet a zase odcházet, aniž by na ně museli nutně reagovat. Tato škála také souvisí se sebezpřijetím.

## P.4 Dotazník subjektivní životní spokojenosti

Přečtěte si, prosím, následující tvrzení a označte zakroužkováním příslušné číslice, do jaké míry s daným tvrzením souhlasíte.

	velmi nesouhlasím	nesouhlasím	spíše nesouhlasím	něco mezi	spíše souhlasím	souhlasím	velmi souhlasím
40. Můj život se v mnoha ohledech blíží mému ideálu.	1	2	3	4	5	6	7
41. Okolnosti mého života jsou vynikající.	1	2	3	4	5	6	7
42. Se svým životem jsem spokojený.	1	2	3	4	5	6	7
43. Až dosud jsem dosáhl všech důležitých věcí, které si v životě přeji.	1	2	3	4	5	6	7
44. Kdybych mohl žít znovu, neměnil bych téměř nic.	1	2	3	4	5	6	7